Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

610.5
T397
L53

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

DIE

THERAPEUTISCHEN LEISTUNGEN

DES JAHRES 1903.

Digitized by Google

Digitized by Google

DIE

8611

THERAPEUTISCHEN LEISTUNGEN

DES

JAHRES 1903.

EIN JAHRBUCH FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

BEARBEITET UND HERAUSGEGEBEN

VON

MED. & CHIR. DR. **ARNOLD POLLATSCHEK,**

BRUNNENARZT IN KARLSBAD, KORRESPONDIERENDES MITGLIED DER K. K. GESELLSCHAFT DER ÄRZTE IN WIEN.

XV. JAHRGANG.

WIESBADEN.

VERLAG VON J. F. BERGMANN.

1904.

Digitized by Google

Nachdruck verboten.
Übersetzungen, auch ins Ungarische, vorbehalten.

Druck der kgl. Universitätsdruckerei von H. Stürtz in Würzburg.

Digitized by Google

Vorrede zum VI. Jahrgange.

Eine übersichtliche Zusammenstellung der im Laufe eines Jahres in der medizinischen Fachliteratur erschienenen, wichtigeren therapeutischen Arbeiten ist zumal gegenwärtig, da „die Medizin unserer Tage im Zeichen der Therapie steht", für jeden Praktiker ein Bedürfnis geworden. Sie macht ihm das Excerpieren entbehrlich, enthebt ihn von dem lästigen, für eine präzise Anwendung der therapeutischen Vorschläge sonst notwendigen Nachschlagen in den verschiedenen Zeitschriften und gewährt ihm einen leichteren und kritischen Überblick über den therapeutischen Fortschritt.

Ein derartiges Buch soll aber die eingehende Lektüre der periodischen Fachblätter oder anderer literarischen Novitäten weder ersetzen, noch überflüssig machen. Denn ebenso wie die Therapie nur durch eine emsige Bearbeitung der gesamten Medizin und ihrer Hilfswissenschaften gefördert wird, ist das therapeutische Wissen und Können des Arztes die reife Frucht, welche nur durch die genaue Kenntnis der übrigen medizinischen Disziplinen gezeitigt wird.

Von dieser Erkenntnis war ich erfüllt, als ich an die Bearbeitung dieses Jahresberichtes herantrat, und dieser Überzeugung möchte ich neuerdings Ausdruck geben, da derselbe mit dem vorliegenden Bande in sein zweites Lustrum eintritt.

Meine Wintermusse, welche mir als ausübendem Arzte in einem Kurorte in reicherem Masse gegönnt ist, als den meisten meiner Berufsgenossen, dazu verwendend, habe ich auch diesmal aus der im abgelaufenen Jahre erschienenen Literatur das für das therapeutische Wirken des Praktikers Notwendige möglichst getreu wiedergegeben, wobei ich mich mit Vorliebe an die Referate hervorragender Kräfte anlehnte und die aus den Werkstätten anerkannter Meister hervorgekommenen Produkte besonders bevorzugte.

172007
Digitized by Google

Der pharmakologische Teil, die interne Therapie, Geburtshilfe, Dermatotherapie, die kleine und der leichtere Teil der operativen Chirurgie wurden möglichst gründlich bearbeitet, das Übrige aus der Chirurgie, Gynäkologie, Augen-, Ohren-, Kehlkopf- und Nasenheilkunde etc. ist insoweit erörtert, als es mir für die allgemeine Praxis oder zum Verständnisse der spezialistischen Leistungen, denen der praktische Arzt nicht allzu fern stehen darf, erforderlich erschien und auch den wichtigen Resultaten bakteriologischer Forschungen ist insoferne Rechnung getragen, als sie die Prophylaxis der Krankheiten stützen oder auch schon die moderne Therapie selbst beeinflussen.

Karlsbad im Frühlinge des Jahres 1895.

Der Verfasser.

Vorwort zum XV. Jahrgange.

Mit diesem Bande tritt mein Jahrbuch in das fünfzehnte Jahr seines Bestehens ein. Mein Programm und seine Ausführung sind unverändert geblieben. Dagegen hat die allgemeine Richtung in der Therapie im Laufe dieser Zeit manche Änderung erfahren und habe ich mich bemüht, wie in den vorigen, so auch in dem vorliegenden Bande der „Therapeutischen Leistungen" jedem Fortschritte in sorgfältiger Weise Rechnung zu tragen.

Karlsbad im Frühlinge des Jahres 1904.

Der Verfasser.

Digitized by Google

Inhalts-Verzeichnis.

	Seite
Abführmittel	1— 2
Abrotanol	2
Aderlass	2— 3
Adnexerkrankungen	3
Adrenalin und Suprarenin	3— 5
Agurin	5— 6
Akne	6
Akromegalie	6— 7
Aktinomykose	7
Alkohol	7
Alsol	7— 8
Anämie und Chlorose	8— 9
Aneurysmen	9
Angina	9
Anthrasol	9—10
Antiseptik, Aseptik und Desinfektion	10—14
Aphasie und Agraphie	14—15
Appendicitis	15—19
Arsenpräparate	19—22
Asthma	22—23
Balneo-, Hydro- und Klimatotherapie	23—29
Bartflechten	29
Bauchbinden	29—30
Beckenhochlagerung	30—31
Bilharzia	31—32
Bismutose	32
Blasenchirurgie	32
Blenorrhoea neonatorum	32—33
Blutdruck	33—34
Blutstillung	34—37
Bromipin	37—38
Bronchopneumonie	38
Cerolin	38—39
Chinin und Chinapräparate	39
Chlorbaryum	39—40

Digitized by Google

	Seite
Chorea	40
Citarin	40— 41
Citrophen	41
Dakryocystoblenorrhoea neonatorum	41— 42
Darmkrankheiten	42— 49
Diabetes insipidus	49— 50
Diabetes mellitus	50— 54
Diphtheritis	54— 56
Dupuytrensche Fingerkontraktur	56
Dymal	56— 57
Dysmenorrhoe	57
Eisen und Eisenpräparate	57— 59
Ekzem	59
Elektrizität	59— 60
Empyem	60
Empyroform	60— 61
Endokarditis	61
Endometritis	61— 62
Enteroptose	62
Enuresis nocturna	62— 63
Epilepsie	63— 65
Ernährungstherapie und Diätetik	65— 76
Erysipel	76
Eukain	76— 77
Eumydrin	77
Febris recurrens	77
Fettleibigkeit	77— 78
Fissura ani	78— 79
Frakturen	79— 83
Fremdkörper	83— 84
Furunkulose	84
Gallenleiden	84— 91
Gangrän	91— 92
Geburtshilfe	92—112
Gehirn-, Schädel- und Rückenmarkschirurgie	112—114
Gelbes Fieber	114
Gicht und harnsaure Diathese	114—115
Glykosal	115
Gonorrhöe	115—121
Gonosan	121—122
Hämorrhoiden	122—123
Hedonal	123
Helminthen	123—124
Helmitol	124—125
Hernien	125—128
Heroin	128
Herpes	128—129
Herzchirurgie	129—131

Digitized by Google

	Seite
Herzkrankheiten	131—136
Hetralin	136
Heufieber	136—137
Hydrocephalus	137—138
Hydrops anasarka	138—139
Hydrops intermittens	139
Jequirity	139—140
Immunität, Immunisierung und Serumtherapie	140—143
Impotenz	143—144
Influenza	144—145
Inhalation	145
Intoxikationen	145—148
Jod und Jodpräparate	148—150
Isarol	150
Isopral	150
Kautabletten	151
Kehlkopfkrankheiten	151—152
Keratitis	152
Keuchhusten	152—154
Kinderlähmung	154
Klumpfuss	154
Knochenplombe	154—155
Kochsalzinfusionen	155—158
Koffein	158
Kollyrien	158—159
Kosmetische Operationen	159
Krankenpflege	159—160
Kraurosis vulvae	160
Kretinismus	160—161
Leberkrankheiten	161—165
Lecithin und Lecithol	165
Lepra	165—166
Leukämie	166
Levuretin	167
Lichttherapie	167—175
Lumbalpunktion	175—176
Lungenchirurgie	176—178
Lupus	178—180
Luxationen	180—181
Lymphdrüsen-Entzündungen	181—182
Magen-, Darm- und Peritonealchirurgie	182—190
Magenkrankheiten	190—204
Malaria	204—207
Masern	208
Mastitis	208
Mechanotherapie	208—209
Meningitis cerebrospinalis	209
Meralgie	209—210

Digitized by Google

	Seite
Mesotan	210—211
Milzbrand	211
Milzexstirpation	211—212
Morbus Addisonii	212
Morbus Barlowi	212—214
Morbus Basedowii	214—216
Morphium	216—217
Myalgie	217—218
Myopie	218—220
Nafalan	220—221
Narkose und Anästhesierung	221—230
Neoplasmen	230—235
Nervenkrankheiten	235—245
Netzhautablösung	245—246
Nierenchirurgie	246—249
Nierenkrankheiten	249—253
Ösophaguskrankheiten	253—255
Ohrenkrankheiten	255—258
Organotherapie	258—259
Osteomalacie	259
Pankreaschirurgie	259
Paraffin- und Vaselinprothesen	259—261
Paratyphus	261
Pellagra	261—262
Pentosurie	262
Peritonitis	262—263
Pest	263
Pharmazeutische Technik	263—264
Phosphaturie	264—265
Pityriasis versicolor	265
Plattfuss	265—266
Pleuritis	266
Pneumonie	267—270
Pneumothorax	270
Prostatakrankheiten	270—274
Protylin	274—275
Psoriasis	275
Psychosen	275—276
Pyrenol	276—277
Quecksilber	277—278
Rheumatismus	279—283
Rhinosklerom	283
Rhinotherapie	283—286
Rhodan	286
Rückenmarkskrankheiten	286—287
Salizylpräparate	287
Sauerstoffbehandlung	287—289
Schilddrüsentherapie	289—290

Digitized by Google

	Seite
Schlaflosigkeit	290—291
Seekrankheit	291
Sehnenplastik	291 - 292
Septikämie	292—293
Silberpräparate	293—294
Skabiol	295
Skarlatina	295—297
Sklerodermie	297—298
Skoliose	298
Skorbut	298
Soor und Stomakake	298—299
Stauungshyperämie	299—300
Strophulus infantum	300
Struma	300—301
Subkutin	301
Subphrenischer Abszess	301—302
Syphilis	302—305
Tabes dorsalis	306—307
Tetanus	307—309
Theocin	309—311
Therapeutische Methoden	311—313
Thermotherapie	313—318
Thigenol	318—319
Thiosinamin	319
Trachom	319—320
Transplantationen	320
Trigemin	320
Tuberkulose	320—336
Typhus	336—341
Ulcus cruris	341—343
Ulcus molle	343
Urosin	343
Uterusdeviationen	343—344
Vaginale Injektionen	344—345
Varicen	345—346
Variola	346—347
Verletzungen	347—348
Veronal	348—350
Wanderniere	350—351
Wasserstoffsuperoxyd	351
Wundbehandlung	351—353
Yohimbin	353—354
Zahnkrankheiten	354—356

Digitized by Google

Autoren-Verzeichnis.

A.

Abraham 118.
Abuladse 110.
Achard 266.
Ahlfeld 107, 110.
Albers-Schönberg 174.
Áldor v. 45.
Alter 276.
Amann 3.
Angerer v. 16, 113, 260.
Antonini 261.
Ardó 241.
Arloing 271.
Armour 340.
Aronsohn 4.
Arraga 72.
Arx v. 90.
Ascoli 205.
Asselsbergs 234.
Auerbach 59, 220, 238, 244.
Aufrecht 36, 39, 157, 165, 265, 320.

B.

Babinsky 257.
Baermann 118.
Baeza 285.
Baginsky 2, 322.
Bailliart 219.
Bálint 63.
Ballance 243.
Barabás 295.
Baracz v. 7, 211.
Bardenheuer 79, 243.
Bardescu 344.
Bardet 115.
Bardswell 67.
Baron 9.
Barrows 292.
Barth 129, 246.
Bauermeister 53.
Baum 39.
Bärlocher 81.
Beck 60, 234, 356.
Becker 29, 128, 233, 301, 346.
Behm 109, 290.
Behring v. 307, 323.
Belan 5.
Benaris 116.
Benda 352.
Bennett 311, 345.
Bergmann v. 151, 352.
Berenbach 157.
Bering 315.
Berlioz 278.
Bernabei 289.
Bernard 180.
Berndt 223.
Bernstein 339, 346.
Biernacki 57.
Binz 291.
Biringer 19.
Blancke 83.
Blau 97.
Bloch 243, 282.
Blum 3.
Blumenthal 214.
Boas 32, 45, 87, 197, 203.
Bock 152.
Bockenham 192.
Bockenheimer 128, 352.
Boije 18.
Bókay v. 137.
Bollinger 20.
Boltenstern v. 34.
Borissow 202.
Bornhaupt 17.
Bornstein 67.
Borszéky 347.
Boss 121.
Brandweiner 343.
Brat 146.
Brauer 129.
Braun 4, 136, 187.
Braye 128.
Brenner 184.
Brero van 46.
Breuss 233.
Brieger 281, 313.
Brindel 285.
Briquet 289.
Broeckaert 284.
Bruck 23.
Brunn v. 262.
Brunner 182.
Budberg v. 99.
Buhe 257.
Bukofzer 3.
Bumm 102, 103.
Bundschuh 125.

Digitized by Google

Bunge 113.
Burghart 214.
Burkard 36.
Buxbaum 25, 239.
Bürger 316.
Byk 339.

C.

Cairus 263.
Calmette 307.
Campo 196.
Cardenal 185.
Carlo de 207.
Carter 33.
Casper 13, 118, 246, 270, 335.
Catani 143.
Cathelin 175.
Cathemas 241.
Ceccherelli 185.
Celli 205.
Cerwinka 5.
Chantemesse 340.
Chapman 67, 135.
Charlton 297.
Chiari 283.
Chrobak 104, 316.
Cipollina 321.
Clemm 45.
Cloetta 27.
Cohn 32, 330.
Coley 171.
Conradi 338.
Cornet 322.
Couche 347.
Courvoisier 91.
Coutts 269.
Cramer 289.
Crämer 192.
Credé 293.
Criegern 210.
Crombie 192.
Cronheim 71.
Curtius 55.
Cybulski 329.
Czerny 89, 189.

D.

Daconto 229.
Damianos 335.
Danelius 331.
Danlos 149.
Dapper 43, 251.
Darger 160.
Davidsohn 315.
Dawson 201.
Dehio 165.
Delaninay 185.
Delius 44.
De Luca 166.
Demelin 110.
Denecke 188.
Desnos 274.
Determann 244.
Deucher 68.
Diehl 342.
Diem 289.
Dienst 103.
Diesselhorst 313.
Dietrich 110.
Dillenberger 57.
Disse 322.
Dixon 1.
Doberauer 56.
Doberzyniecki v. 354.
Doerfler 74.
Doering 310.
Dollinger 334.
Donath 62, 64, 209, 276.
Döderlein 104.
Dönitz 263.
Dreesmann 277.
Drehmann 80.
Dreser 309.
Dreuw 180, 275.
Drigalsky 338.
Drysdall 339.
Duane 152.
Duckworth 238.
Dunbar 136.
Dunin 24, 239.
Durand 215.
Dühring 315.
Dührssen 11, 97, 101.

E.

Ebstein 50, 297.
Eckstein 260.
Edebohls 247.
Edel 251
Edinger 115.
Edlefsen 71.
Ehrendorfer 109.
Ehret 161, 242.
Ehrlich 69.
Eichhorst 313.
Einhorn 200, 201.
Eiselsberg v. 187.
Elbrecht 292.
Elsner 32.
Emmert 219.
Engelbreth 117.
Ercklentz 156.
Escher 340.
Escherich 127, 295.
Etterlen 264.
Ettinger 238.
Ewald 279, 338.
Exner 232.

F.

Falk 120.
Farkas 58.
Fauser 5.
Federmann 16.
Federschmidt 211.
Fehling 104.
Feilchenfeld 50, 224.
Ficker 337.
Fiessinger 21, 28.
Fink 88, 137.
Finkler 69.
Finkelstein 146.
Finsen 171, 173, 178.
Firiczky 135.
Fisch 26.
Fischer 348, 349.
Fischl 196.
Fittig 232.
Fleiner 193.
Foederl 186.
Foisy 227.
Foss 288.
Fournier 306.
Förster 224.
Fraczkiewicz 123.
Francis 23.

Digitized by Google

Frank 101, 306.
Franke 261.
Frankenburger 210.
Frankenhäuser 24, 313.
Franqué v. 61.
Franz 182.
Fraser 147.
Fränkel 98, 322, 346.
Freudenberg 271.
Freund 59, 168, 174.
Freymuth 324.
Frick 135.
Friedländer 304, 313, 333.
Frieser 149, 277, 352.
Frisch v. 32.
Frohse 128.
Frotscher 309.
Fuchs 20, 41, 317, 340.
Fueth 53.
Fürbringer 86.
Fürstner 112.

G.

Gaertner 225.
Gaffky 326.
Gallavardin 290.
Ganghofner 55, 323.
Gassner 263.
Gebele 188.
Gersuny 159, 259, 260.
Gessner 98.
Giamelli 353.
Gilli 126.
Glas 283.
Glaser 91.
Glax 66.
Gnezda 275, 287.
Goebel 32.
Goldmann 280.
Goldschmidt 125, 273.
Goliner 150, 167.
Gontermann 352.
Goodbody 67.
Gradenwitz 106.
Graef 211.
Graefe 343.
Graeser 69, 339.
Graessner 80.
Grammatikati 61.
Grasset 244.
Gravagna 304.
Gray 257.
Grenet 266.
Grevsen 226.
Grosse 13.
Gröber 210.
Gruben 140, 311.
Grüneisen 301.
Grünfeld 174, 220.
Guensburg 84.
Guépin 273.
Guyon 175.

H.

Habs 299.
Hackenbruch 243.
Hacker 84, 126.
Hagenbach-Burckhardt 288.
Hahn 350.
Haike 354.
Hale 273.
Hamburger 46.
Hammer 186.
Hammesfahr 12.
Hansemann 321.
Hartmann 84, 185.
Hartog 226.
Haudek 265.
Haug 257.
Havelburg 114.
Hegar 109.
Heile 149.
Heiligenthal 235.
Heimann 41.
Heine 255.
Helfer 2.
Heller 215.
Henschen 201.
Herff v. 104.
Hermann 37.
Hertzka 104.
Herxheimer 264.
Heubner 213, 297.
Heuss 124.
Hicks 203.
Hildebrand 162.
Hinsberg 38.
Hippel v. 13.
Hirschl 119.
Hirt 74.
Hirtz 239.
Hock 272.
Hoeftmann 298.
Hoehne 11.
Hoffmann 134, 210.
Hofmeier 93, 104, 234.
Holländer 238.
Holzapfel 13.
Holzknecht 174.
Honigmann 228.
Honsell 126.
Hoor 139.
Hopmann 208.
Horowitz 118.
Howorka 265.
Hönigschmied 220.
Huchard 158.
Huismans 6.

I u. J.

Jacobi 6, 213, 332.
Jacoby 116.
Jaffé 17, 231.
Jaenicke 105.
Jaksch v. 5, 53.
Jancsó 207.
Jaworski 58.
Ibañer 279.
Jensen 167.
Jessner 29, 341.
Ihl 98.
Ihrig 351.
Impens 40, 150.
Joachimsthal 113.
Johnson 247.
Jolly 64.
Jones 154.
Jordan 80, 212.
Israel 114, 230, 246, 248.
Jump 55.
Jullien 149, 278.
Jungmann 305.
Jurie 122.
Justus 302.
Iwanoff 258.

Digitized by Google

K.

Kantorowicz 261.
Kapsammer 32, 62, 260.
Karewski 177.
Karbinski 77.
Karplus 237.
Kartoulis 163.
Kassel 152.
Katz 36, 328.
Katzenstein 79.
Kaufmann 52.
Kaup 208.
Kausch 189.
Kayser 141, 210.
Kehr 88, 90.
Keller 28.
Kétly v. 241.
Kinner 48.
Kionka 147.
Kirnberger 215.
Kisskalt 141.
Kiwull 147.
Klein 159.
Klemperer 36, 91, 164, 253.
Knapp 97.
Kobrak 72.
Koch 163, 338.
Kocher 300, 334.
Kolb 251.
Kolbasenko 7, 347.
Kolle 263.
Kolisch 51.
Korsch 181.
Kossel 323.
Kotz 117.
Kozlowski 162.
Köhler 47.
König 129, 177.
Köppen 332.
Körte 85, 301.
Kraft 146.
Kraske 30.
Kraus 43, 61, 74, 131, 255, 279, 288.
Krause 64, 173, 184.
Krauss 228.
Krecke 192.
Krefft 241.
Kroemer 231.
Krokiewicz 309.
Kromayer 178.
Krone 268.
Kronenberg 151.
Kronfeld 171, 353.
Krönig 104, 138.
Krönlein 91.
Kruse 47.
Krüger 274.
Kuh 181.
Kukula 350.
Kum 48.
Kumpf 62.
Kutner 117.
Kuttner 18, 233.
Kümmell 64, 170, 255, 246.
Küster 15.
Küttner 288.

L.

Landau 226.
Landström 122.
Lang 305.
Láng v. 343.
Lange 265, 292.
Langgard 58.
Langhorst 144.
Lanz 16, 214.
Lapin 262.
Laquerrière 144.
Laqueur 281.
Lassar 170, 171.
Lauenstein 154.
Lazarus 132, 209.
Ledermann 136.
Legrand 164.
Lehmann 65.
Leibholz 41.
Lengemann 56.
Lenhartz 197.
Lenné 51.
Lenzmann 162.
Leredde 6, 149.
Lesguillon 147.
Lesser 148, 171, 178, 304.
Levison 114.
Levy 21.
Levy-Bing 303.
Levy-Dorn 169.
Lewandowsky 319.
Lewis 270.
Leyden v. 8, 142, 209, 275, 286, 306.
Lichtenfelt 69.
Liebreich 58.
Lieppelt 146, 210.
Lilienfeld 235, 349.
Lindemann 328.
Lindemeyer 77.
Lindner 254.
Littles 154.
Ljubomudroff 157.
Lockwood 15.
Loeb 50.
Loebel 24.
Loewenbach 304.
Lohnstein 122.
Longard 222.
Lopez Reinoso 208.
Lorenz 130, 184.
Lotheissen 227.
Lotsch 349.
Loust 239.
Louste 294.
Löwenhardt 247.
Löwenstein 141.
Löwy 27, 353.
Lucae 257.
Lucas-Championnière 344.
Lucatello 166.
Lumière 48.
Luntz 79.
Lüthje 287.

M.

Mac Gregor 206.
Madelung 112.
Magnus 95.
Magnus-Levy 160.
Mahu 233.
Makawew 25.
Malon 166.
Mamlock 8.
Mangiagalli 103.
Mankiewicz 351.
Manninger 334.

Digitized by Google

Maragliano 196, 248.
Marcinowski 76.
Marcowicz 342.
Marcuse 118, 314.
Mariani 8, 261.
Marmorek 325.
Martin 313.
Massaciu 165.
Matzenauer 302.
Mayer 12, 202.
Meyers 63.
Meinertz 310.
Meisels 220.
Meisten 324, 328.
Meissner 118, 211.
Menge 344.
Mengelberg 4.
Menzer 142, 279, 325.
Mering v. 68, 348.
Merkel 69.
Mery 48.
Meschtschersky 342.
Mesnil du 16.
Meyer 26, 63, 100, 115, 142, 152, 294, 323.
Mieczkowski v. 42.
Mignon 285.
Mikulicz v. 43, 56, 80, 187, 232, 259.
Mikulicz-Radecki 81.
Minkowski 114.
Moeller 134, 327, 356.
Mohr 251.
Moll 34.
Montag 5.
Monti 70.
Moritz 66.
Moser 295.
Mosetig-Moorhof v. 54, 335.
Moskowicz 46.
Moullin 183.
Moure 285.
Moynihan 182.
Mueller 95.
Murray 82.
Muschold 256.
Müller 54, 71, 74, 124, 140, 245, 264, 266, 353.
Müller de la Fuente 143.

N.

Nagel 123.
Nagelschmidt 13.
Nathan 266.
Naunyn 347.
Nebesky 3.
Neck 186.
Nehrkorn 188.
Neisser 148, 209.
Nešpor 267.
Netter 213, 294.
Neuber 11.
Neudoerfer 285.
Neufeld 151, 324.
Neumann 69, 135, 304, 314, 318, 343.
Neuweiler 189.
Nicholson 103.
Nicolich 272.
Noebel 229.
Noll 129.
Noorden v. 39, 43, 50, 52, 202.
Nussbaum 46.

O.

O'Conor 281.
Offer 253.
Onódi 285.
Oppe 18.
Oppenheimer 72.
Orlipski 273.
Orth 323.
Ortner 39, 49.
Otto 263.
Overlach 320.

P.

Pagenstecher 333.
Paine 279.
Pál 349.
Panichi 267.
Parádi 119.
Parenski 123.
Pascanet 115.
Passow 354.
Pauli 305.
Pehn 290.
Pehu 48.
Pel 252.
Pelzl 268.
Penzoldt 162, 329.
Perthes 170.
Peters 129.
Petersen 233.
Pfannenstiel 222.
Pfeiffer 35.
Pfister 276.
Philippson 353.
Pick 7, 61, 115.
Pincus 317.
Pineles 21.
Pirquet v. 140.
Pittaluga 204.
Plavec 145.
Plehn 206.
Poehl v. 3, 258.
Pokielow 59.
Poliektow 38.
Pollack 209.
Pollatschek 76, 331.
Poly 349.
Poppert 224.
Pospischill 296.
Pospjelow 212.
Posselt 118.
Poynton 279.
Přibram 49, 141, 243, 339.
Proskauer 13.
Purjesz 6, 207.

Q.

Quincke 166.

R.

Rahn 37.
Rankin 9.
Ransom 71.
Ratz 115.
Rausche 123.
Rautenberg 314.
Ravasini 19.
Reclus 227.
Rehn 129, 301.
Reich 84.
Reidhaar 105.
Reinach 73.
Reisinger 82.

Digitized by Google

Rénon 294.
Réthi 283.
Rhoden 20.
Richardson 89.
Richter 66, 246.
Ridge 347.
Riechelmann 231.
Riedel 16.
Riegel 190.
Rittershain v. 55.
Rivera 185.
Robin 8, 17, 27, 147, 149, 233, 326, 328.
Robson 89, 185.
Rochemont 16.
Rocques 153.
Rolleston 200.
Rommel 72, 73, 293.
Roos 38, 300.
Rosen 160.
Rosenbach 164, 216, 217, 236, 312, 348.
Rosenberg 4.
Rosenfeld 77, 194, 349.
Rosenheim 86.
Rosner 32.
Rost 69.
Rovsing 247, 271.
Rössler 319.
Rubner 23.
Rudolph 129.
Ruhemann 210.
Rumpel 246, 296.
Rzad 242.
Rzetkowski v. 24.

S.

Saalfeld 122, 318.
Sachs 315.
Sack 9.
Sadger 63.
Salzwedel 182.
Samter 54.
Sattertwaithe 135.
Sattler 219.
Scipiades 33.
Scuderi 333.
Segall 278.
Seifert 125, 147.
Seitz 73, 101.
Séllei 57.
Sellheim 92.
Selters 73.
Senator 142, 313, 328.
Semon 226.
Sender 82.
Senn 355.
Senz 78.
Sequeira 171.
Sergent 207.
Sick 171, 229, 253.
Sieffert 165.
Siegel 279.
Siegert 73.
Sigmundt 118.
Sihle 22.
Silberschmidt 72.
Simmonds 147.
Singer 44, 173, 281.
Sklarek 60.
Snell 221.
Snodgras 292.
Sommer 275.
Sommerfeld 331.
Sonnenburg 16.
Sonntag 139.
Soxhlet 71.
Spencer 94.
Spiegel 151, 220.
Stadelmann 14.
Stadler 15.
Stange 208.
Steffeck 95.
Stein 260.
Steinhauer 106.
Steinsberg 25.
Stekel 153.
Stembo 252.
Stengers 256.
Stepp 153, 203.
Stern 116, 247, 336.
Sternberg 277.
Stewart 243.
Stintzing 5.
Stock 57.
Stoeckel 335.
Stolz 228.
Straschnow 18.
Strasburger 42.
Strauss 49, 195, 249, 250.
Strebel 173.
Stroganoff 94, 101.
Stross 310.
Strümpell v. 173.
Stschepinski 280.
Stürtz 43, 287.
Suschkin-Woronosch 245.
Svoboda 153.
Swerschewski 284.

Sch.

Schanz 81.
Schardinger 66.
Schauta 106.
Schädel 135.
Schärges 275.
Schein 6.
Schilling 65, 75.
Schlesinger 5, 43, 135, 277, 310.
Schlossmann 73.
Schmidt 45, 68, 172, 259, 279, 293.
Schmidt-Rimpler 83.
Schnaudigel 4.
Schneiderlin 225.
Schnitzler 83, 315.
Scholz 172.
Schramm 333.
Schreiner 153.
Schröder 40, 331.
Schrötter 145, 270.
Schuckmann v. 308.
Schultes 215.
Schulz 201.
Schulze-Berge 64.
Schumann-Leclerq 51.
Schumburg 12.
Schuppenhauer 201.
Schüder 13.
Schüle 349.
Schütz 322.
Schwab 116, 303.
Schwarz 50, 212.
Schwenk 117.
Schwerin 129.

Digitized by Google

T.

Tabora v. 39.
Tauffer 33.
Tauszk 41.
Teleky 253.
Terson 158.
Thest 137.
Thieme 331.
Thiemich 78.
Thienger 80.
Thomson 272, 279.
Thönes 333.
Tickell 35.
Tilley 23.
Tillmanns 113.
Tizzoni 267.
Topolansky 259.
Toyama 263.
Török 6.
Trautmann 283, 349.
Trendelenburg 31.
Treufel 115.
Treupel 176.
Tripold 66.
Truneček 21.
Trzebinski 138.
Tscherepnin 157.
Tschlenoff 25.
Tuszkai 108, 316.

U.

Ullmann 314.
Unger 351.
Unna 275.
Urbahn 33.

V.

Vacher 219.
Valentin 339.
Veit 107, 334.
Veverka 33.
Vieth 9.
Vogl 271.
Vohryzek 298.
Voigt 219, 297.
Voronoff 164.
Völcker 82, 272.
Vörner 303.
Vulpius 291.

W.

Waldmann 35.
Walravens 10.
Walther 93.
Wandel 11.
Wartburg v. 91.
Wassermann 16, 69, 260.
Watson-Cheyne 10.
Weber 18, 27.
Weil 48, 53.
Weismayr v. 331.
Weissmann 105.
Weisz 281.
Weljamowitsch 146.
Wernitz 155.
Westphalen 44.
Weyprecht 116.
White 131.
Widmann 320.
Widowitz 297.
Wiener 349.
Wiesinger 139.
Wildt 164.
Winckel 103, 109.
Winkler 98.
Winter 64.
Winternitz 68.
Wittmaack 179.
Wladimirow 298.
Wolf 129, 322.
Wolff 1, 50, 129.
Wolpert 12.
Wood 134.
Wossidlo 121.
Wölfler 300.
Wrhigt 340.
Wröllewski 229.
Wullstein 186.
Wurdack 309.
Würth 276.

Z.

Zangemeister 94, 97.
Zangger 38.
Zeigan 280.
Zeissl v. 19, 305.
Zesas 162.
Zuckerkandl 32, 272.
Zuntz 27.
Zupnik 54.
Zweifel 100, 101.
Zweig 196.
Zwillinger 285.

Digitized by Google

Sach-Register.

A.

Abführmittel, subkutane 1.
Abhärtungsfrage 25.
Abort, Behandlung des 92.
Abrotanol, ein Styptikum und Stomachikum 2.
Abscessus cerebri 112.
Aderlass bei Kindern 2.
Adnexerkrankungen, konservative Behandlung der 3.
Adrenalin, Glykosurie durch 3.
— äusserliche Anwendung des 3.
— zur Lokalanästhesie 4.
— und Atropin 4.
— bei Respirationsasthma 4.
— Urticaria nach 4.
— gegen Krebs 233.
Agurin, ein Diuretikum 5.
Akne, Phototherapie der 6.
— Röntgenbehandlung der 6.
Akoin als Lokalanästhetikum 229.
Akoin-Kokain 228.
Akromegalie, behandelt mit Hypophysis 7.
Aktinomykose, operative Behandlung der 7.
Alaun, styptische Wirkung des 46.
Albargin bei Gonorrhöe 115.
— bei Dickdarmaffektionen 45.
Alkoholkompressen 7.
Alsol bei Augenkrankheiten 7.
Anämie, plasmatische 8.
Anästhesierung 221.
Anästhol 224.
Aneurysmen, Gelatinebehandlung der 9, 34.
Angina-Endemie 9.
Anilinvergiftung 146.
Angiom, Alkoholinjektionen bei 235.
Ankylostomiasis, Behandlung der 123.
Anthrasol, ein Teerpräparat 9.
Antisklerosin 21.
Antistreptokokkenserum 142.
Antithyreoidserum bei M. Basedowii 214.
Aphasie und Agraphie, motorische 14.
Apokodein 1.
Appendicitis, Chirurgie der akuten 15.
— eitrige und brandige 15.
— Leukocytenwerte bei 15.
— Frühoperation der 16.
— innere Behandlung der 17.
— Moorbäder bei 18.
— während der Schwangerschaft 18.
— und Angina 18.
— und Eingeweidewürmer 18.
Arhéol bei Tripper und Cystitis 19.
Aristochin, Ersatzmittel für Chinin 39.
— bei Keuchhusten 153.
Arsenbehandlung der Chorea 40.
— des Hautkrebses 234.
Arteriosklerose, Lehre von der 20.
— Theocin bei 21.
— Seruminjektion bei 21.
— Diät bei 21.
Asepsis des Katheterismus 13.
Aspirin bei Dysmenorrhöe 57.
— bei Krebs 233.
Asthma, eine Neurose 22.
— Kauterisation des Septums bei 23.
Atlas-Zedernholzöl 264.

Digitized by Google

Atoxyl bei Dermatosen 19.
Atropin bei Darmparese 46.
Aufbewahrung von Speisen 66.
Ausnützungsversuche mit Erbsen 66.
Austernvergiftung 147.
Autointoxikation, intestinale 43.
Äthernarkose 222.
Äthylchloridnarkose 227.

B.

Bakteriengehalt der Stühle 42.
Bakterienhämolysine 141.
Balneotherapie 23.
Bartflechten, Epikarin gegen 29.
Bassininähte, intravesikale Entfernung von 32.
Bauchbinden, Anfertigung von 29.
Bauchmassage 208.
Bauchverletzungen, penetrierende 188.
Baumwollsaatöl 264.
Bäderwirkung auf Gaswechsel 23.
Becken, Behandlung des engen 95.
Beckenexsudate, Heissluftbehandlung der 316.
Beckenendlage, Behandlung der 95.
Beckenhochlagerung, Gefahren der 30.
Bilharziacystitis 32.
Bismutose bei Hyperacidität 32.
Bittermittel 202.
Blasengeschwulst 32.
Blasenblutungen, Gelatine bei 34.
Blasentuberkulose 335.
Blenorrhoea neonatorum, obligatorische Credéisierung bei 32.
— — behandelt mit Protargol 32.
— — — — Argentum aceticum 33.
Blutdruckmessungen 33.
Blutserum, bakterizide Wirkung des 141.
Blutstillende Wirkung der Gelatine 34.
Blutungen nach Tonsillotomie 36.
— menstruelle 36.
— nach Zahnextraktion 37.
Bogenlicht 168.
Borverbindungen 69.
Brightsche Krankheit, Operation bei 247.
Bromipinklistiere 37.
Bromochinal 39.
Bromoformvergiftung 147.
Bronchopneumonie, Hydrotherapie der 38.
— heisse Bäder bei 38.
Brustkinderdiarrhöe, Gelatine bei 48.
Brustschüsse 177.
Buttermilch als Säuglingsnahrung 72.
Bückeburger Heftpflaster 353.

C.

Catgutsterilisation 13.
Cerolin, Fettsubstanz der Hefe 38.
— bei Furunkulose 39.
Chinaphenin 39.
Chinininjektion, subkutane 39.
Chinoformin bei Gicht 115.
Chlorbaryum, ein Herzmittel 39.
Chloroformkollaps 229.
Chloroformnarkose-Apparat 225.
Chlorose, Schwitzbettbehandlung der 8.
— Blutklysmen bei 8.
Cholecystektomie, Indikatidnen der 89.
Choledochusverschluss, akuter 88.
Cholelithiasis, chirurgische Behandlung der 85.
Chologen bei Gallensteinen 91.
Chorea, Arsentherapie der 40.
Citarin bei Gicht 40.
Citrophen, Verwendung des 41.
Colica mucosa, Behandlung der 43.
Colilysin 141.
Colitis chronica ulcerosa, Cökalfistel bei 46
Coryza nervosa, Aristol bei 137.
Coxitis tuberculosa 334.
Crurin bei Gonorrhöe 116.
Cystitis gonorrhoica, Methylenblau bei 118.
Cystoskopie, Asepsis der 13.

D.

Dakryocystoblenorrhoea neonatroum eine Hemmungsbildung 41.
Dammnaht, sekundäre 110.
Dammriss 109.
Darmgeschwülste, bösartige 187.
Darminvagination 187.
Darmkatarrh, chronischer 45.
Darmparese, Atropin bei 46.

Digitized by Google

Darmsaft, bakterizide Eigenschaft des 42.
Darmstenosen, Diagnose der 43.
Darmtuberkulose 322.
Diabetes insipidus, Ergotin bei 50.
— — Strychnininjektionen bei 50.
— mellitus, Einschränkung des Eiweisses bei 51.
— — Haferkur bei 52.
— — Urämie bei 53.
— — Operationen bei 53.
— — Ehe bei 54.
Diabetikerkost 51.
Diätetik 65.
Dickdarmaffektionen, Albargin-Klysmen bei 45.
Dilatation der Cervix 97.
Dilatatorium von Bossi 97.
Diphtheritis, Ätiologie der 54.
— lokale Behandlung bei 55.
Diphtherieheilserum, Unschädlichkeit des 55.
Diphtherietodesfälle 54.
Diverticulitis 188.
Dorsalwirbelkaries 113.
Druckspülung bei Gonorrhöe 117.
Ductus choledochus, Karzinomverschluss des 90.
Duodenalgeschwür, Perforation des 182.
Dupuytrensche Fingerkontraktur, Operation der 56.
— — Thiosinamin bei 56.
Dymal, ein Antiseptikum 57.
— bei Dermatosen 57.
Dysenterie in den Tropen 46.
— Serumbehandlung der 47.
Dysmenorrhöe, Aspirin bei 57.
Dyspepsia nervosa 196.
Dyspeptine bei Magenkrankheiten 202.

E.

Eisen im Augeninneren 83.
Eisentherapie, Leistungsfähigkeit der 57.
Eisenwasser, künstliches 58.
Eiweissverdauung 65.
Eklampsie, Behandlung der 102.
— sofortige Entbindung bei 102.
— Alkalien bei 103.
Eklampsie, Veratrum viride bei 103.
— Thyreoidextrakt bei 103.
Ekzem, heisses Wasser bei 59.
— Naftalan bei 59.
Emotionsdyspepsie 237.
Empyem, operatives Verfahren bei 60.
— im Kindesalter 266.
Empyriform, ein Teerpräparat 60.
Endometritis, endouterine Injektionen bei 61.
— Formalin bei 61.
Entfettungskuren mit Borsäure 78.
Enteroptose, Massagebehandlung der 62.
Enuresis nocturna, epidurale Injektion bei 62.
Epilepsie, Entziehung des Chlornatriums bei 63.
— Bromopan bei 63.
— Cerebrinum bei 63.
— vegetarisch-hydriatische Behandlung der 63.
— Schädelresektion bei 64.
— Jacksonsche 64.
— — Trepanation bei 64.
— Sympathikusresektion bei 64.
Erdnussöl 264.
Ernährung, Wirkung einer übermässigen 67.
Erysipel, Therapie des 76.
Euchinin bei Keuchhusten 153.
Eukain B, Ersatzmittel für Kokain 76.
Eumydrin, ein Mydriatikum 77.
Exalginvergiftung 147.
Extrauteringravidität 100.

F.

Facialislähmung, Nervenpfropfung bei 243.
Febris recurrens, Kochsalzinfusionen bei 77.
Fettwanderung, Theorie der 78.
Fetternährung, subkutane 68.
Fibromyombehandlung 234.
Fissura ani, Diät bei 78.
— — Ichthyol bei 79.
— — Operation bei 189.
— — psychische Therapie der 237.
Fluor albus, Rhéolkugeln bei 119.
Fluoroform bei Keuchhusten 153.
Formalin-Verdampfung 12.

Digitized by Google

Franzensbader Moorbäder 25.
Fremdkörper im Gelenke 83.
— im Augeninneren 83.
— im Oesophagus 84.
Frühgeburt, künstliche 93, 97.
Furunkulose, behandelt mit Cerolin 39.
— vegetarisches Regime bei 84.
— Abortivbehandlung der 84.
Fütterungstuberkulose 243.

G.

Galle, bakteriologische Untersuchung der 84.
Gallenblase, Nekrose der 89.
— Ruptur der 99.
Gangrän, embolische 91.
— angiosklerotische 91.
Gastrektomie 185.
Gastroenterostomie 186.
Gastroptose, Behandlung der 186.
Gebärmutterblutung, Styptol bei 36.
Gebärmutterkrebs 231.
Geburt, Einleitung der 106.
Gehirnchirurgie 112.
Gelatine bei Aneurysmen 34.
— — Hämoptoe 34.
— — Blasenblutungen 34.
— Klysmen 35.
— bei Brustkinderdiarrhöe 48.
Gelbes Fieber, Moskiten und 114.
Gelenkbrüche, Knochennaht bei 80.
Gelenkergüsse, chirurgische Behandlung der 281.
Gelenkfrakturen, Extension und Gymnastik bei 79.
Genitaltuberkulose 334.
Geschwulstforschung 230.
Gicht, Theorie der 114.
— diätetische Behandlung der 114.
— alkalische Medikation bei 115.
— Chinoformin bei 115.
— Rhodannatrium bei 115.
— Citarin bei 40.
Glühlichtbad, elektrisches 168.
Glykosal bei rheumatischen Affektionen 115.
Glykosurie, Einwirkung von Medikamenten auf die 52.
Gonorrhöe, Gonokokkenschweiss bei 115.
— Albargin bei 115.
— Crurin bei 116.
— Urosanol bei 116.
— Abortivbehandlung der 117.
— rückläufige Einspritzung bei 117.
— Druckspülung bei 117.
— Helmitol bei 118.
— Santalum album bei 118.
Gonosan bei Gonorrhöe 121.
Gummihandschuhe 11, 104.
Gummischlauchkissen 315.

H.

Haferkur bei Diabetes mellitus 52.
Harnausscheidung uud Flüssigkeitsaufnahme 67.
Harnsaure Diathese 114.
Hämorrhoiden, chirurgische Behandlung der 122.
— Klemmzange für 122.
Hedonal, ein Schlafmittel 123.
Heilungen per primam 11.
Heissluftapparat 314.
Heissluftbehandlung gynäkologischer Erkrankungen 316.
Heisswasser-Alkohol-Sublimat-Desinfektion 11.
Helmitol, bakterientötende Wirkung des 124.
— ein Harndesinficiens 124.
— bei Gonorrhöe 125.
— — bei Prostatikern 125.
Hernia incarcerata 125.
Herniotomie, Darstellung der 128.
Heroin als Anaphrodisiakum 128.
Herpes progenitalis 128.
Herzbeutelempyem 129.
Herzverletzung 129.
Herznaht 129.
Herzinsuffizienz, muskuläre 132.
Herzjagen 134.
Herzkrankheiten, Flüssigkeitszufuhr bei 131.
— Ruhe bei 134.
— Bäder und Gymnastik bei 134.
— Bauchmassage bei 135.
— Nitroglyzerin bei 135.

Digitized by Google

Herzkrankheiten, Chlorbaryum bei 135.
Hetralin bei Gonorrhöe und Cystitis 136.
Heufieber, Serumbehandlung des 136.
Hinterscheitelbeineinstellungen 94.
Hirnerkrankung, Lumbalpunktion bei otitischer 257.
Hochfrequenzströme bei Nervenleiden 59.
Höglauersche Wellen- und Quellbäder 26.
Höhenklima, Wirkung des 27.
Hydrargyrum hermophanylicum 278.
Hydriatische Prozeduren, Wirkung auf Blutdruck 23.
Hydrocephalus, Lumbalpunktion bei 137.
Hydrops Anasarka, Punktion und Drainage bei 138.
— Agurin und Digitalis bei 139.
— intermittens, Jodoformglyzerin-Injektion bei 139.
Hydrotherapie 23.
Hygiama 75.
Hyperchlorhydrie 196.
Hysterie, Behandlung der 239.
— Amylnitrit bei 239.

I und J.

Ichthyolsalizylatoxyl 20.
Jequiritol, ein Hornhautmittel 139.
Jequiritalserum 140.
Ileus, Narkose beim 189.
Impotenz, Ursachen der 143.
— elektrische Behandlung der 144.
— hydriatische Behandlung der 240.
Influenza, Immunisierung gegen 143.
— gastrointestinaler Typus der 144.
Inhalationsapparat nach Bulling 145.
Invagination, akute 187.
Jodismus 148.
Jodkalibehandlung, Nachteile der 149.
Jodoform als Antiseptikum 149.
— Wachstamponade 37.
— Knochenplombe 154.
Jodvasogen 149.
Isarol, Ersatzmittel des Ichthyols 150.
Ischias, hydriatische Behandlung der 241.
— elektromagnetische Behandlung der 241.
— fixer Verband bei 242.
— Ne vinsarkokleisis bei 243.
Isopral, ein Schlafmittel 150.
Juckausschlag im Kindesalter 300.

K.

Kalomelinjektionen 304.
Kalorisator 315.
Kankroin 233.
Karbolsäurevergiftung 146.
Kardiolysis 129.
Kathetersterilisator 13.
Katalysatoren als Heilmittel 258.
Kehlkopfdemonstrationsapparat 152.
Kehlkopfpulverbläser 151.
Kehlkopftuberkulose 151.
Keuchhusten, Euchinin bei 153.
— Aristochin bei 153.
— Fluoroform bei 153.
— Oxykampfer bei 153.
Keulenpessar 344.
Kinderlähmung, chirurgische Behandlung der 154.
Klimatotherapie 53.
Klumpfuss, Operation des rebellischen 154.
Kniescheibenbruch, Operation des 81.
Knochenbruch, Massage bei frischem 80.
— Naht bei 82.
Knötchenkopfschmerz 238.
Kochsalzinfusionen bei Infektionskrankheiten 155.
— — bei septischen Erkrankungen 156.
— — Typhus 157.
— — akuter Anämie 157.
Koffeininjektion, Indikationen der 158.
Kohlensäurebäder, dosierte 27.
Kokain in der Chirurgie 227.
— -Adrenalin-Anästhesierung 227.
Kokainlösung, alkoholische 229.
Kollargolinjektionen bei Sepsis 293.
Kollyrien in Öllösung 158.
Kornealinfiltration, Jodvasogen bei 152.
Kost für gesunde Wöchnerinnen 109.
Krampfaderbehandlung 346.
Krebsstatistik 231.
Kretinismus, Schilddrüsenbehandlung des 160.
Kryoskopie 246.
Kuhmilch, gelabte 73.

Digitized by Google

L.

Labung der Milch 73.
Laugenverätzung der Speiseröhre 253.
Leberabszess 163.
Lebercirrhose, innere Behandlung der 161.
— Operation bei 162.
Leberkrankheiten, Entstehung der 161.
— Sublimatinjektionen bei 164.
Lecithin, eine organische Phosphorverbindung 165.
Leibbinde 159.
Lepra, Ansteckungsgefahr der 165.
— Sublimatinjektionen bei 166.
Leukämie, leukotoxisches Serum bei 166.
— Tuberkulin bei 166.
Levuretin, ein Hefepräparat 167.
Licht, physiologische Wirkung des 167.
Lichtbehandlung des Lupus 171.
— von Pharynxprozessen 173.
— des Erysipels 173.
Luft, Desinfektionsversuche mit heisser 12.
Luftbad 173.
Lumbalpunktion bei Erkrankungen der Harnwege 175.
Lungenabszess, Operation bei 177.
Lungenkrankheiten, Operation bei 176.
Lupus, Lichtbehandlung des 178.
— Eisenlicht bei 178.
— Pyrogallussäure bei 179.
— Acidum hydrochloricum crudum bei 180.
Lymphdrüsen-Entzündung, Spiritusverbände bei 181.
Lysoform 14.
Lysolvergiftung 146.

M.

Magenblutungen, Operation bei 184.
— Gelatine und Adrenalin bei 200.
Magenerweiterung 191.
— chirurgische Behandlung der 192.
— Wechselströme bei 193.
Magengeschwür, Perforation des 182.
— chronisches 183.
— kallöses 184.
— Diagnose des 197.
— interne Behandlung des 198.
Magenkrankheiten, Operation bei 185.
Magenkrankheiten, Diätetik bei 194.
Magenkrebs 185, 233.
Magenoperationen, Statistik der 185.
Magenverdauung 66.
Magensaftfluss 195.
Malariaparasiten 204.
Malaria, Prophylaxe der 205.
— Hausepidemie 207.
— Euchinin bei 207.
Mammakarzinom, Operation des 232.
— Röntgenbehandlung des 232.
Masern, Lichttherapie der 208.
Mastdarmkrebs, Operation des 231.
Mastkur 67.
Mastitis, Prophylaxe der puerperalen 110.
— Operation der 208.
Meeresaufenthalt 27.
Medullarnarkose in der Geburtshilfe 110.
Menièrescher Symptomenkomplex, Galvanotherapie des 243.
— — Lumpalpunktion bei 257.
Meningitis cerebrospinalis Lumbalpunktion bei 209.
Meralgie, Operation bei 209.
Mercurol 277.
Mesotan bei Gelenkrheumatismus 210.
Meteorismus, Physostigmin bei 46.
Migräne, genuine 237.
— Sympathikusresektion bei 238.
Milchsterilisierung 71.
Milzbrand, Lokaltherapie des 211.
— Kollargolinjektionen bei 211.
Milzexstirpation bei Malaria 212.
Mischungen, Formeln zur Herstellung von 263.
Missed labour 98.
— abortion 98.
Mittelohrentzündung, akute 255, 257.
Mittelohrsklerose 256.
Modelle für die Herniotomie 128.
Morbus Addisoni, Nebennierensubstanz bei 212.
— Barlowi, Ätiologie des 213.
— — Therapie des 213.
— Basedowii, Serumtherapie des 214.
— — sulfanilsaures Natron bei 215.
— — Hydrotherapie des 215.
— — galvanische Behandlung des 216.
Moorbäder 24.

Digitized by Google

Morphium, Wirksamkeit des 216.
Morphiumvergiftung 146.
Muskelaffektionen, rheumatische 217.
Muskelarbeit und Stoffwechsel 208.
Murphyknopf, Vor- und Nachteile des 189.
Myogen, ein Eiweisspräparat 69.
Myopie, Vollkorrektion der 219.
— operative Behandlung der 219.

N.

Nabelhernien, Paraffininjektionen bei 127.
Nafalan, eine Salbengrundlage 220.
— ein Wundheilmittel 221.
Naftalan bei Ekzem 59.
Narkose und Immunität 221.
Nasenatmung 283.
Nasenbluten, Behandlung des 35.
Nasenverkleinerung 285.
Nasenobturator 36.
Natriumlygosinat bei Uterusgonorrhöe 119.
— nitrosum 33.
Nährklistiere, gebrauchsfertige 68.
Nährzucker, Soxhlets 74.
Nebenhodenentzündung, Punktion bei 118.
Nebennierenextrakt in der Zahnheilkunde 356.
Neo-Arsicodyle bei Phthisis und Diabetes 20.
Nervöse Zustände, psychische Behandlung der 276.
Netzhautablösung, Operation bei 245.
Neurasthenie, Therapie der 238.
Neurosen, funktionelle 235.
Nierenchirurgie, Untersuchungsmethoden in der 246.
Nierenentzündung, Eisbehandlung der 252.
Nierenentkapselung 247.
Nierenkrankheiten, Harnkryoskopie bei 246.
— Flüssigkeitszufuhr bei 251.
— Ernährung bei 252.
Nierensteinkrankheit, Behandlung der 253.
Nierenwassersucht 250.
Nitrobenzolvergiftung 146.
Nordseebäder 27.

O.

Obstipation, spastische 44.
— Hydrotherapie der spastischen 44.
Obstipation, Hypnose bei 45.
Obst, Reinigung des 69.
Odda 74.
Oesophaguskarzinom 254.
Ohrenkrankheiten, Luftdusche bei 257.
Osteomalacie, Heissluftbäder bei 259.
Ozaena, Paraffininjektionen bei 284.
Ozon, Wassersterilisation mit 13.
Oxalsäurevergiftung 147.
Oxybuttersäureausscheidung und Fettzufuhr 50.
Oxykampfer bei Keuchhusten 153.

P.

Pankreaschirurgie, Entwickelung der 259.
Paraffininjektion bei Ektropium 259.
— — Incontinentia urinae 260.
— — Sattelnasen 260.
— Narkose bei
Paraffin-Wurzelfüllungen 356.
Paraffinspritze 261.
Parametritis septica 105.
Paralysis agitans, Rhizoma scopoliae. bei 241.
Paranoia 275.
Pasteurisieren der Kindermilch 72.
Patellarbrüche, genähte 80.
Paterne Infektion bei Lues 302.
Pegnin 73.
Pellagra, Toxicität des Blutserums bei 261.
Perdynamin, ein blutbildendes Mittel 58.
Perforation und künstliche Frühgeburt 93.
Perforationsperitonitis bei Typhus 340.
Perikardiale Verwachsungen 129.
Perikarditis, Therapie der 133.
Peritonitis tuberculosa, Laparotomie bei 333.
— — Jodinjektionen bei 333.
Perityphlitis, Leukocytose bei 15.
Pest, Immunisierung gegen 263.
— Serumtherapie der 263.
Pestbazillen, Widerstandsfähigkeit der 263.
Phloridzinmethode 246.
Phosphaturie, schwefelsaurer Kalk bei 264.
Phnsphorvergiftung 145.
Phototherapie 168.
Physostigmin bei Meteorismus 46.
Phthisopyrintabletten 331.

Digitized by Google

Pityriasis versicolor, Acidum salicylicum bei 265.
Placenta, Expression der 99.
Plattfuss, Schuheinlage bei 165.
— Operation des 266.
Pleuritis, Injektion sterilisierter Luft bei 266.
Pneumokokkenperitonitis 262.
Pneumonie, Serotherapie der 267.
— hydriatische Methoden bei 267.
— Pilokarpin bei 268.
— Natrium cynnamilicum 268.
— im Kindesalter 269.
Pneumothorax, Sauerstoffinjektion bei 270.
Pollutionen 240.
Processus vermiformis, Einklemmung des 126.
Prolapsus recti 190.
Prostataerkrankungen, Heisswassereinläufe bei 274.
Prostatahypertrophie, palliative Therapie bei 270.
— chirurgische Behandlung der 270.
— Bottinische Operation bei 271.
— Totalexstirpation bei 272.
— Sectio alta bei 272.
Prostatamassage 273.
Protylin, eine Phosphoreiweissverbindung 274.
Pseudo-Appendicitis 18.
Psychosen, Dauerbäder bei 276.
— Salzinfusionen bei 276.
Puder, imprägnierte medikamentöse 264.
Puerperalfieber, Ätiologie des 104.
— Marmorekserum bei 104.
— Kollargol bei 105.
Pyelitis gonorrhoica 118.
Pyorrhoea alveolaris 355.
Pyrenol bei Asthma 277.

Q.

Quecksilber-Ammoniumkakodylat 278.
— Ammoniumchlorid 278.
— Oxychlorid 278.
— Oxydammoniak 278.
Quecksilberinjektionen bei Kindern 303.
Quecksilberkakodylat bei schwerer Syphilis 304.
Quecksilberwirkung, Wesen der 302.

R.

Radialislähmung nach Oberarmfraktur 82.
Radiotherapie 168.
Rektalernährung 68.
Rektalmessungen 103.
Rektoskopie 49.
Retroflexion 343.
Revaccination 346.
Rhéolkugeln bei Fluor albus 119.
Rheumatin 279.
Rheumatismus, Erreger des 279.
— Natur des 279.
— Behandlung des akuten 279.
— Antistreptokokkenserum bei 279.
— Saligenin bei 279.
— Mesotan bei 280.
— Glykosal bei 280.
— Rheumasan bei 280.
— physikalische Heilmethoden des 281.
— Infiltrationsanästhesie bei 282.
Rheumatoide, luetische 281.
Rhinosklerom, Thiosinamin bei 283.
Rhinotherapie, heisse Luft in der 284.
— Adrenalin in der 285.
Rodagen bei M. Basedowii 214.
Rhodan bei luetischem Kopfschmerz 305.
Rhodannatrium bei Gicht 115.
Röntgenbehandlung der Warzen 170.
— des Hautkrebses 171.
— maligner Tumoren 171.
Röntgenverfahren, Indikationen für das 169.
— bei Rückenmarkskrankheiten 286.
Rückenmarkschirurgie 112.

S.

Saligenin bei Rheumatismus 280.
Salizylpräparate, Wirkung auf die Harnwege 287.
Salocreol 287.
Salpetersäurevergiftung 147.
Salusfabrikate 53.
Salze, thermische Wirkung der 24.
Sanduhrmagen 186.
Sardinen, Vergiftung durch 147.
Sauerstoffeinblasungen in den Darm 289.
Sauerstoffinfusion, intravenöse 288.
Sauerstoffinhalation 288.

Digitized by Google

Sauerstoffinhalation, Apparat für 289.
Säuglingsernährung, künstliche 69.
— mit Frauenmilch 70.
Seebehandlung 28.
Seehospize 28.
Seeklima, Wirkung des 27.
Seekrankheit 291.
Sehnenoperationen, plastische 291.
Sehnenüberpflanzung, periostale 292.
Seitenkettentheorie 140.
Sepsis, puerperale 103.
Septikämie, intravenöse Formalininjektionen bei 292.
Septoforma 352.
Serumexantheme 55.
Sexuelle Funktionsstörungen 239.
Silbertherapie der Augenkrankheiten 294.
Sitophobie 201.
Sitzbäder, Indikationen für 25.
Skabiol gegen Skabies 295.
Skarlatina, Streptokokkenserum bei 295.
— Rekonvaleszentenserum bei 296.
— Urotropin bei 297.
Sklerodermie, Natr. salicylicum bei 297.
Skopolamin-Morphium-Narkose 225.
Skorbut, Borsäure bei 298.
Sommerdiarrhöe 49, 201.
Sonnenbäder 167.
Speichel als Heilfaktor 151.
Speisezettel für Hyperacide 194.
— — Anacide 194.
Speiseröhrenverengerung, Operation bei 255.
Spermatorrhöe 239.
Spondylitische Lähmung 113.
Steisslagen, Wendung bei 94.
Sterilisation des Verbandstoffes 13.
Stomakake 299.
Struma, Jodothyrin bei 300.
— Kälte bei 300.
Styptol bei Gebärmutterblutungen 36.
Strychnininjektion bei Polyurie 50.
Subkutin zur Injektion 301
Sublamin bei Syphilis 304.
Sublimatinjektionen bei Syphilis 304.
Sublimatnephritis, Blutdruckuntersuchungen bei 251.
Suprarenin 3.
Sykosis, Epikarin bei 29.
Symphyseotomie 98.
Syphilis, fötale 303.
— Jodklysmen bei 305.

Sch.

Schädelchirurgie 112.
Schädeldefekte, Folgen der 113.
Scheidengonorrhöe, Protargol bei 119.
Schenkelbruch, Radikaloperation des 126.
Schlaflosigkeit, Theobromin bei 290.
Schnupfen, nervöser 283.
Schnürleber 162.
Schönheitspflege 110.
Schrumpfniere, Behandlung der 251.
Schultergelenkluxation 180.
— habituelle 181.
Schussverletzungen des Schädels 113.
Schwangerschaftsunterbrechung 107.
Schwerhörigkeit, Luftwellen der Sirene bei 256.
Schwielenkopfschmerz 238.
Schwitzen, Einfluss auf die Blutzusammensetzung 24.

T.

Tabes dorsalis, Ätiologie der 306.
— — Übungstherapie bei 306.
Tetanie gastrischen Ursprungs 193.
Tetanus, Serumbehandlung des 307.
— Kaninchenhirnemulsion bei 309.
Theinhardts Kindernahrung 74.
Theocin, ein Diuretikum 309.
Therapeutische Methoden 311.
Thermische Anwendungen 313.
Thermotherapie, moderne 314.
Thigenol, Ersatzmittel für Ichthyol 318.
— bei weiblichen Sexualerkrankungen 318.
Thiosinamin bei Fingerkontraktur 56.
Thoraxverletzungen 347.
Tonsillotomie, Blutungen nach 36.
Trachom, Kollargol bei 319.
Transplantation ungestielter Hautlappen 320.
Trigemin, analytische und sedative Wirkung der 320.
Tripperrheumatismus 281.
Trommelfell, Anästhesierung des 257.
Tropon 69.

Digitized by Google

Tuberkulin, diagnostische Bedeutung des 324.
Tuberkulose, Entstehung der 320.
— Übertragbarkeit auf das Rind 321.
— Immunisierung gegen 324.
— Serum 325.
— Streptokokkenserum bei 325.
— und Gicht 326.
— Bekämpfung der 326.
— Heilstätten 327.
— geheilte Fälle von 328.
— Wirkung des Seeklimas auf 328.
— Kreosot per rectum bei 329.
— Liegekur bei 329.
— Beklopfung des Brustkorbes bei 330.
— Hetolbehandlung der 330.
— Hetol und Natr. silicic. bei 331.
— Aspirin bei 331.
— Sanosin bei 331.
— Störungen der Nasenatmung bei 331.
— der Lymphdrüsen 334.
— des Kniegelenks 335.
Typhus, Serumreaktion bei 337.
— Diagnose des 338.
— atypische Formen von 338.
— Pyramidon bei 339.
— Heidelbeeren bei 339.
— Gelatine bei 339.
— Adrenalin bei 339.
— Serotherapie des 339.
— Schutzimpfungen gegen 340.
— Urotropin bei 340.
— Perforation bei 340.
— Ratschläge für Ärzte bei 341.

U.

Ulcus corneae septicum 152.
— ventriculi 201.
— cruris, ambulante Behandlung des 341.
— — Protargol bei 342.
— — Priessnitzumschläge, Aderlass, Lichtbehandlung bei 342.
— — Kalomelinjektionen bei 342.
— molle, Kältebehandlung des 343.
Ureterenkatheterismus 246.
Ureterenscheidenfistel 248.
Urethritis gonorrhoica der Frauen 120.
Urosanol bei Gonorrhöe 116.
Urosin, ein Gichtmittel 343.
Uterus, myomatöser, schwangerer 101.
— Suspendierung des 344.
Uterusexstirpation bei Sepsis 106.
Uterusgonorrhöe, Natriumlygosinat bei 119.
Uterusprolaps sub partu 101.
Uterusruptur 101.

V.

Vaginofixur, Geburtsstörungen nach 101.
Vaporisation des Uterus 317.
Variola, Guajakol bei 347.
— Ichthyol bei 347.
— Rotlichtbehandlung der 347.
— Bierhefe bei 347.
Varixoperationen 346.
Vegetationen, adenoide 285.
Verdaulichkeit der Speisen 65.
Verfettung, Prozess der 77.
Verletzungen des Thorax 348
— durch Insekten 348.
Veronal, ein Schlafmittel 348.
Volksheilstätten für Nervenkranke 244.

W.

Wanderniere, Nephropexis bei 350.
Wannenbäder 25.
Wassersterilisation durch Ozon 13.
Wasserstoffsuperoxyd, desinfizierende Wirkung des 351.
Wärme, strahlende 313.
Wehenschwäche 98.
Winternitzsche Methode 201.
Wismutoxyd, kolloidales 48.
Wundbehandlung nach biologischem Prinzip 351.
— Schleichsche Präparate zur 352.

Y.

Yohimbin bei Impotenz 353.
— anästhesierende Wirkung des 354.

Z.

Zahnkaries, Behandlung der 354.
Zange bei Gesichts- und Hirnlage 94.
Zirkulationsheissluftapparat 314.
Zitronensäure, Vergiftuug durch 147.

Digitized by Google

A.

Abführmittel. Prof. Dixon (Cambridge) hat die gebräuchlichsten Abführmittel auf ihre Wirkung bei subkutaner Einspritzung geprüft. Die meisten vegetabilen Abführmittel wie Aloë, Koloquinten, Senna und Podophyllin wirken auch subkutan. Die Wirkung kann entweder vom Blutstrom aus oder durch Ausscheidung in den Darmkanal zu stande kommen. Für die Therapie lassen sich diese Mittel jedoch subkutan nicht verwerten, weil sie lokale Reizung bis zur Abszessbildung hervorrufen. Von den salinischen Abführmitteln ruft das Bittersalz subkutan schon in Dosen von 0,1 in 2—3%iger Lösung eine lebhafte Peristaltik hervor. Es wirkt also offenbar direkt auf die Darmbewegung, ganz anders, als wenn es innerlich genommen wird. Es würde sich also subkutan wohl praktisch verwerten lassen, denn seine angeblich giftige Wirkung konnte an Hunden nicht bestätigt werden. Von den auf das Nervensystem wirkenden Drogen haben Digitalis, Pilokarpin, Physostigmin, Muskarin u. a. zwar in subkutaner Anwendung eine mehr oder weniger starke abführende Wirkung, eignen sich jedoch wegen ihrer sonstigen Eigenschaften nicht für die Therapie. Von den Mitteln der Morphiumgruppe ist jedoch das Apokodein hervorzuheben, weil es abführend wirkt, ohne Erbrechen zu erregen. Seine Wirkungsweise ist dreifach: es setzt den Blutdruck herab, es erweitert die Gefässe, und es regt die Peristaltik des Darms an. Diese Wirkungen können nicht durch zentrale Reizungen zu stande kommen; denn sie treten auch nach Durchschneidung des Rückenmarks und der Vagi ein. Auch wirkt das Apokodein nicht auf die peripherischen Nervenendigungen, denn bei direkter Applikation auf die lebende Darmschleimhaut hört alle Bewegung auf. Seine Wirkungen kommen offenbar durch einen lähmenden Einfluss auf sympathische Hemmungsganglien zu stande. Dixon glaubt, dass sich das Apokodein in die Praxis wird einführen lassen, und zwar in 1 bis 2%iger neutraler Lösung, von welcher 1—2 ccm subkutan gegeben werden.

Dr. Wolff (Frankenstein) empfiehlt folgendes nach Form, Geschmack, Wirkungsweise, Haltbarkeit, Verwendbarkeit und Preis vollkommen entsprechendes Abführmittel:

Rp. Fol. Sennae pulv.
Sulfur praecipitat. āā 10,0
D. ad scat.
S. Nach Vorschrift eine Messerspitze voll zu nehmen.

Das Mittel ist zunächst, da es auch in Kaffee, Milch, Zuckerwasser oder anderen Getränken genommen werden kann, fast geschmacklos und kann auch den kleinsten Kindern in Milch beigebracht werden. Bei diesen ist die Dosis natürlich eine bedeutend kleinere (eine kleine Federmesserspitze), während man bei Erwachsenen je nach Bedarf 1—2—3 Messerspitzen, am besten in verteilter Gabe, pro die geben kann. Die Wirkung des Mittels ist eine sichere, dabei aber so milde, dass man dasselbe schon bei kleinen Kindern anwenden kann. Es belästigt auch weder den Magen, noch macht es Kolik. Wenn dasselbe auch längere Zeit gegeben wird, wird seine Wirkung trotzdem nicht schwächer und es wirkt auch auf den Appetit nicht nachteilig. Es empfiehlt sich deshalb besonders als Hämorrhoidalpulver. Auch bei Schwangerschaft und Uterusblutung kann es in der vorsichtigen Dosis von einer Messerspitze unbedenklich verabfolgt werden, da es

Digitized by Google

keine nachteiligen Wirkungen auf den Uterus hat. Es hält sich ausserdem jahrelang und kann als Schachtelpulver auf Reisen in der Westentasche mitgeführt werden. Da der Preis des Pulvers ein sehr geringer ist, so kann es auch in der Armenpraxis mit Vorteil angewandt werden. Will man noch ein Geschmackskorrigens zufügen, so setzt man entweder Sacch. alb. oder Pulv. cort. Cinnam. (zu je 10,0) dem Pulver zu. Aber auch andere Medikamente gegen verschiedene Komplikationen können demselben mit Vorteil beigefügt werden, ohne den Preis bedeutend zu erhöhen oder den Geschmack zu verschlechtern. So empfiehlt sich bei Anämie ein Zusatz von 10 g Ferr. carbon. sacch. oder Hämalbumin und gibt man dann von dem Pulver etwas mehr (2 bis 3 mal täglich eine Messerspitze). Bei dyspeptischen Zuständen und Appetitlosigkeit kann man verschiedene Mittel aus der Klasse der Stomachika beifügen, wie z. B. Pulv. rad. Rhei, Cort. Condurango pulv., Cort. Chin. pulv., Fol. trifol. pulv. (zu je 10,0). Bei Neigung zu Sodbrennen würde sich ein Zusatz von 10 g Natr. bicarb. empfehlen, bei Flatulenz erscheint ein solcher von Carminativis praktisch (z. B. Fruct. anisat. subt. pulv., Fruct. Carvi pulv., Fruct. Foenicul. subt. pulv. Elaeosacch. Menth.). Irgendwelche Nachteile wurden auch bei längerer Darreichung des Pulvers nie konstatiert.

Subkutane Abführmittel von Prof. Dixon (Brit. med. journ. — Ther. Monatsh. 2. H.). — Über Abführmittel von Dr. Wolff (Ärztl. Rundschau. — Medico Nr. 38).

Abrotanol. Ein neues Styptikum und Stomachikum wird aus Artemisia Abrotanum, der Eberraute oder Stab- oder Gartwurz, auch Zitronenkraut genannt, hergestellt. Die Blätter und blühenden Stengelspitzen der Pflanze, welche ätherisches Öl, Bitterstoff und Gerbstoff enthalten, werden zu einem Extrakt verarbeitet, welcher mit Menthol kombiniert und mit Kakao überzogen unter dem Namen Abrotanol-Pastillen in den Handel gelangt. Das Präparat ist von Dr. Helfer verwendet worden bei 1. akuten Enteritiden, bedingt durch gastrointestinale Störungen (Genuss schlechter Nahrungsmittel); 2. bei spezifischen Diarrhöen (Tuberkulose) mit oder ohne Geschwürsbildung im Darm. Die Wirkung der Abrotanolpastillen besteht nun in a) Herabsetzung der gesteigerten Darmperistaltik; b) Herabsetzung der Kolikschmerzen; c) Verminderung der Hypersekretion der Darmschleimhaut; d) Abschwächung resp. Vernichtung des toxischen Effekts der pathogenen Keime. Aus Autors Versuchen ergibt sich, dass die Darreichung von Abrotanolpastillen bei akuten und chronischen Magendarmkatarrhen von sehr gutem Erfolge begleitet war. Die Diarrhöen schwanden schnell nach Einnahme von 2 × 2 resp. 3 × 3 Pastillen. Helfer macht jedoch ausdrücklich darauf aufmerksam, dass zur Erzielung einer prompten und raschen Wirkung die Verordnung einer blanden Diät und warmer Umschläge auf den Leib nicht vernachlässigt werden darf; eventuell ist eine Evakuierung des Darms durch Kalomel erforderlich. Irgend welche schädliche Wirkung oder eine Nachwirkung konnte er nicht beobachten.

Über die therapeutische Verwendbarkeit der Abrotanolpastillen von Dr. Helfer (Wien. med. Presse Nr. 3).

Aderlass. Prof. Baginsky (Berlin) lässt für den Aderlass bei Kindern nur zwei strikte, vitale Indikationen gelten: 1. lebensbedrohende, den Blutkreislauf des Herzens hemmende Umstände, besonders die mit Erstickungsgefahr verknüpfte Überfüllung des rechten Herzens, und 2. Überladung des Blutes mit chemischen Zerfallsprodukten des Organismus, welche als Giftstoffe wirken und vor allem die Funktionon des Zentralnervensystems zu schädigen geeignet sind. Die hier ursächlich in Betracht kommenden Affektionen sind lobuläre und lobäre Pneumonien, kapillare Bronchitiden mit Stauungserscheinungen, chronische Herzfehler, aus Gehirnhyperämien ausgehende Konvulsionen, schwere Nephritiden mit urämischen Symptomen. Als Kontraindikationen bezeichnet Verf. chronisch-hydrämische Zustände bei Tuberkulose und Lues, ernste Digestionsstörungen, sowie akute Infektionskrankheiten, selbst wenn hochgradige cere-

Digitized by Google

brale Störungen, eklamptische Attacken und Delirien durch die Hyperpyresis veranlasst sind. Schwere Chlorose, deren Behandlung mit Blutentziehungen von verschiedenen Autoren erst in den letzten Jahren wieder warm empfohlen wurde, ist eine in kindlichem Alter seltene Krankheit.

Über die Indikationen des Aderlasses bei Kindern von Prof. Baginsky (Arch. f. Kinderheilk. 31. Bd. 5. u. 6. H. — Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 6. Bd. 12. H.).

Adnexerkrankungen. Dr. Nebesky legt den Standpunkt dar, der an der Klinik Professor Amann's in München im Hinblick auf die Therapie der Entzündungen der Adnexe herrscht. Diese Arbeit stammt aus einer Klinik, die von einem mehr aktiven chirurgischen Vorgehen zu mehr konservativen Grundsätzen übergegangen ist. Was im allgemeinen die Operationsresultate betrifft, so ist die Mortalität zwischen 3—7,5%. 80—90% der radikal Operierten sind geheilt. Doch 50—80% dieser radikal Operierten leiden an Ausfallserscheinungen. 50—60% der konservativ Operierten sind geheilt. Unerwünschte Zufälle bei den konservativen Operationen sind Ureterfisteln, Stumpfexsudate, Peritonitis. An der Amannschen Klinik ist die Zahl der Operierten von 23% auf 4% gesunken. Die konservative Methode gibt bei langer und konsequenter Anwendung die günstigsten Resultate. In einigen Fällen können die subjektiven Beschwerden eine Indikation zur Operation abgeben, doch muss eine lange konservative Behandlung vorausgegangen sein. 42% der Kranken mit schweren Beschwerden konnten vollständig arbeitsfähig entlassen werden, 38% wesentlich gebessert.

Therapie der chronischen Adnexerkrankungen von Dr. Nebesky (Zeitschr. f. Geb. 48. Bd. 2. H. — Prag. med. Wochenschr. Nr. 52).

Adrenalin und Suprarenin. Prof. v. Poehl (St. Petersburg) führt aus, dass das physiologische Gift, welches man als Adrenalin bezeichnet, keineswegs eine Substanz darstellt, welche nur in den Nebennieren vorkommt; sie wird auch in allen anderen Organen und Geweben des Organismus angetroffen. So lange das Adrenalinchlorid sich im Kern und in den denselben umgebenden Teilen der Zelle befindet, ist es nicht nur nicht schädlich, sondern im Gegenteil sogar nützlich für den Organismus. Kaum ist es aber aus der Zelle in die dieselbe umspülenden Säfte ausgetreten, so tritt sofort seine giftige Wirkung in Erscheinung, indem es sämtliche Teile, die mit ihm in Berührung kommen, zum Absterben bringt. Dieses Austreten des Giftes aus der Zelle findet dann statt, wenn die Säfte des Organismus sauer werden, was bei verschiedenen Erkrankungen, wie bei gewissen Formen von Blutarmut, in gewissen Stadien von Schwindsucht, bei Diabetes mellitus etc. der Fall ist. Um das weitere Austreten dieses Giftes aus den Zellen und den Übergang desselben in die Säfte hintan zu halten, muss man die Alkaleszenz der Säfte wieder zur Norm bringen. In gewissem Grade kann dies durch alkalische Mineralwässer erreicht werden, am besten wirkt aber das Spermin.

Dr. Blum (Frankfurt a. M.) konnte mit Suprarenin und Adrenalin bei Versuchstieren eine beträchtliche Glykosurie hervorrufen. Die Glykosurie ist eine regelmässige und bei geeigneter Versuchsanordnung nie ausbleibende Folge der Darreichung des Nebennierenextraktes, wobei die Art der Ernährung der Tiere wohl auf die Intensität, nicht aber auf das Eintreten der Glykosurie einen Einfluss hat. Bei täglicher Einspritzung ist die Zuckerausscheidung kontinuierlich, in ihrer Stärke schwankend.

Das Adrenalin wirkt nach Dr. Bukofzer bei äusserlicher Anwendung streng lokal, dringt nicht leicht in die Tiefe zu grösseren Gefässen vor, bewirkt nur Kapillaranämie, welcher keine Hyperämie folgt, wirkt auf akut hyperämische Stellen höchst intensiv, auf chronisch hyperämische und hypertrophische sehr wenig oder gar nicht, ist ein vorzüglicher Kokainsparer, anästhesiert aber selbst sehr wenig, erweitert das Nasenlumen exzessiv und kann auch zur momentanen, mehrere Stunden anhaltenden Beseitigung derjenigen Heiserkeit benützt werden, welche auf akuter Hyperämie beruht. Zur Anästhesierung bei Operationen benützt

Digitized by Google

Bukofzer die käufliche Lösung mit 5% Kokainzusatz, aber sehr sparsam, nur wenige Tropfen, doch wirkt eine bis fünffache Verdünnung der Originallösung fast eben so gut. Schädliche Nebenwirkungen wurden bei äusserer Anwendung nie beobachtet, ausgenommen hin und wieder ein sich nach einigen Stunden einstellender Niessreiz oder eine ziemlich starke nasale Hydrorrhoe, manchmal auch etwas Kopfschmerz. Bei subkutaner oder intravenöser Anwendung scheint es aber ein furchtbares Gift zu sein. Operationen im Innern der Nase verlaufen dabei fast ohne Blutverlust, doch muss man stets auf eine Nachblutung in den ersten 48 Stunden gefasst sein. Wie Bukofzer an Tierexperimenten gezeigt hat, beruht seine Wirkung auf Erzeugung kräftiger Kontraktion der Kapillaren, wobei eine nachträgliche übermässige Erweiterung derselben nicht eintritt. Gute Erfolge sah Bukofzer von Adrenalineinpinselungen beim Stirnhöhlenkatarrh, wo es durch Erleichterung des Sekretabflusses für einen Tag oder länger günstig wirkt. Ein eigentliches Hämostatikum kann es aber nicht sein, da es nur kapillare Anämie bewirkt, eine Blutung aus einem grösseren Gefässe aber nicht stillen kann. Über die Häufigkeit des Auftretens von Nachblutungen nach laryngo-rhinologischen Operationen sind die Angaben der Autoren widersprechend; bei Entfernung von adenoiden Vegetationen und Tonsillen aber treten zuweilen nach längerer Zeit überraschende und unangenehme Nachblutungen ein, weshalb von der Anwendung des Adrenalins bei diesen Operationen gewarnt werden muss.

Dr. Braun (Wien) bespricht die praktische Bedeutung des Adrenalins für die Lokalanästhesie. Für die Anästhesierung, nicht bloss Anämisierung der Schleimhaut in der Rhinolaryngologie und Urologie scheint es nach den bereits vorliegenden Erfahrungen von unschätzbarem Werte zu sein. Ein Zusatz von Adrenalin oder adrenalinhaltigem Nebennierenextrakt zu Kokainlösungen erlaubt, deren Konzentration und Dosis zu verringern und vermindert die Intoxikationsgefahr bei gesteigertem Anästhesierungsvermögen. Braun hat die Kokain-Adrenalin-Anästhesie bisher namentlich angewandt bei Zahnextraktionen, um die Leistungsfähigkeit von Nervenstämmen durch Infiltration perineuralen Gewebes bei intakter Haut zu unterbrechen. Ausserdem diente der Adrenalinzusatz zur Verlängerung der Wirkung der Schleichschen Infiltration.

Dr. Mengelberg (Aachen) berichtet, dass bei gleichzeitiger Einträufelung von Adrenalin und Atropin in das Auge häufiger Vergiftungserscheinungen: Trokkenheit im Halse, Übelkeit, Herzklopfen, beobachtet werden, als nach Atropin allein. Mengelberg erklärt dies so, dass durch das Adrenalin die Gefässe der Tränenkanal-Schleimhaut zur Kontraktion gebracht werden und dadurch der Kanal für die Atropinlösung leichter passierbar wird.

Dr. Aronsohn (Ems-Nizza) konnte in einem Falle von Respirationsasthma durch Bestreichung gewisser Punkte der Nasenschleimhaut mit Adrenalin die Anfälle beseitigen.

Prof. Rosenberg (Berlin) beobachtete einen Fall, in welchem er zur Beseitigung einer Schwellung der unteren Nasenmuschel behufs rhinoskopischer Untersuchung ein halberbsengrosses mit Nebennierenextrakt getränktes Wattebäuschchen in die Nase einlegte und einige Stunden später eine sehr heftige Urticaria von etwa 18 Stunden Dauer auftrat. Acht Tage später wiederholte sich ganz dasselbe Ereignis; zur Kontrolle in die Nase eingelegte, mit Wasser oder Kokain getränkte Wattebäuschchen erzeugten keine Störungen.

Die Farbwerke vormals Meister Lucius & Brüning in Höchst a. M. brachten ein Nebennierenpräparat, das Suprarenin-Höchst in den Handel, das in seiner Wirksamkeit identisch mit dem Adrenalin ist und letzterem gegenüber zwei Vorteile besitzt: es ist ohne konservierenden Zusatz im Verhältnis 1:1000 in physiologischer Kochsalzlösung gelöst steril und ist billiger als das Adrenalin. Nach den Beobachtungen von Dr. Schnaudigel (Frankfurt a. M.) ist das Höchster Suprarenin dem Adrenalin vollkommen ebenbürtig. Schnaudigel benützt das Suprarenin rein und in Ver-

Digitized by Google

bindung mit Alkaloiden und Adstringentien seit Anfang Februar 1903, ohne eine Zersetzung oder auch nur Trübung der Flüssigkeiten zu bemerken. Demnach sind die Angaben der Fabrik zutreffend, dass Lösungen des Suprarenins Zusätze von Eserin, Atropin, Kokain und Zinksulfat ohne Schaden vertragen.

Prof. v. Poehl über die neuesten Untersuchungen betreffend die chemischen Lebensprozesse in Verbindung mit der Frage der Bedeutung des Adrenalinchlorids in der St. Petersburger medizinischen Gesellschaft (Med. Woche Nr. 24). — Weitere Mitteilungen zur Lehre vom Nebennierendiabetes von Dr. Blum (Arch. f. d. ges. Phys. — Schm. Jahrb. 278. Bd. 5. H.) — Die Reaktion der Nasen- und Kehlkopfschleimhaut auf Nebennierenextrakt (Adrenalin) von Dr. Bukofzer (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 41). — Über den Einfluss der Vitalität der Gewebe auf die örtlichen und allgemeinen Giftwirkungen lokalanästhesierender Mittel und über die Bedeutung des Adrenalins für die Lokalanästhesie von Dr. Braun (Arch. f. klin. Chir. 49. Bd. 1. u. 2. H.). — Schm. Jahrb. 278. Bd. 4. H.). — Adrenalin und Atropin von Dr. Mengelberg (Wochenschr. f. Ther. u. Hyg. des Auges Nr. 32. — Ther. Monatsh. 6. H.). — Das Adrenalin zur Kupierung von Asthmaanfällen von Dr. Aronsohn (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 3. — Ther. Monatsh. 4. H.) - Urticaria nach endonasaler Anwendung von Nebennierenextrakt von Prof. Rosenberg (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 41). — Suprarenin-Höchst von Dr. Schnaudigel (Ophth. Klin. Nr. 13. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 50).

Agurin. Mit dem neuen Theolruminpräparat Agurin, einer Verbindung von Theobromin mit essigsaurem Natrium, hat Dr. Cerwinka an Prof. v. Jakschs Klinik in Prag recht beachtenswerte Erfolge erzielt. Es handelte sich um Fälle von arteriosklerotischer Stauungsniere mit Ödemen, Herzklappenfehler, Ascites. Hydrothorax infolge von Pleuritis, Ascites infolge von Peritonitis tuberculosa etc. Das Mittel erzielt somit gute diuretische Wirkungen bei Krankheiten, die mit hydropischen Erscheinungen einhergehen, vorausgesetzt, dass keine schwereren Nierenveränderungen vorliegen. Als geeignetste Tagesdose fand Verfasser 3,0 g, höhere haben keinen Zweck. Eine gewisse Angewöhnung an das Mittel war zu beobachten, der man aber dadurch leicht Herr werden kann, dass man zwischendurch einige Zeit wieder Diuretin gibt. Man verabreicht das Präparat in Pulvern oder als wässerige Lösung.

Nach den Erfahrungen von Dr. Montag, die er an Prof. Stintzings Klinik zu Jena machte, ist das Agurin als gutes Diuretikum am meisten bei den durch Herzerkrankungen bedingten Hydropsien zu empfehlen, ferner bei den mit Ergüssen einhergehenden Pleuritiden und Perikarditiden. Da ihm die Wirkung der Digitalis auf die Zirkulation und die schädlichen Nebenwirkungen des Diuretins fehlen, kann es bedeutend länger als diese beiden Mittel angewendet werden. Die Gabe war dreimal täglich 0,5 bis event. 1,0 g in Oblaten.

An Prof. Schlesinger's Abteilung des Kaiser Franz-Joseph-Spitales in Wien versuchte Dr. Belau das Agurin. Er kam zu dem Schlusse, dass das Mittel ein gutes und ziemlich sicher wirkendes Diuretikum ist, bei dessen Anwendung nur selten unangenehme Nebenerscheinungen auftreten. Eine nierenschädigende Wirkung kommt dem Agurin nicht zu. Das Indikationsgebiet des Agurins ist das gleiche wie das des Diuretins. Das Maximum der Wirkung tritt öfters erst nach mehrtägigem Gebrauche des Mittels ein.

Dr. Fauser hat das Agurin an der inneren Abteilung des Spitales der barmherzigen Brüder in Budapest bei 12 Kranken, die an hydropischen Zuständen verschiedener Art litten, verabreicht. Die Patienten vertrugen das Mittel sämtlich gut, bis auf einen, der über subjektive Beschwerden klagte. In noch zwei Fällen sah er keinen Erfolg vom Agurin. Dies ist erklärlich: beide Patienten litten nämlich an Lebercirrhose verbunden mit stark entwickeltem Ascites. Beide vertrugen aber das Mittel sehr gut. Um so glänzendere Resultate erzielte er bei den übrigen wassersüchtigen Patienten, bei welchen er Gelegenheit hatte, die Wirkung des Mittels zu erproben. Unter diesen neun Kranken litten drei an Insufficientia valvulae bicuspidalis, einer an Insufficientia valvularum semilunarium aortae, einer an Myodegeneratio cordis, einer an Insufficientia valvobicuspidalis cum stenosi ostii venosi sinistri und drei an Nephritis arteriosclerotica. Die diuretische Wirkung stellte sich prompt ein, bei manchem Patienten in geradezu überraschendem Masse. Die diuretische Wirkung

Digitized by Google

des Agurins kann gesteigert werden, wenn die Darreichung desselben mit einer Milchdiät verbunden wird. Bei zwei an Insufficientia valv. bicuspidalis leidenden Kranken konnte er als Maximum am 3. und 4. Tage der Diurese 4000, 4800, ja bei dem einen an zwei aufeinanderfolgenden Tagen 5000 ccm erreichen. Die Harnabsonderung eines an Arteriosklerose leidenden Patienten steigerte sich nach Verabreichung von Agurin und Milchdiät auf anhaltend täglich 4600—4800 ccm. Der grosse Vorteil des Agurins besteht darin, dass es längere Zeit verabreicht werden kann. Vorzüglich ist die Wirkung des Agurins bei kardialem und arteriosklerotischem Hydrops. Wenn alle Mittel im Stich lassen, so könne man immerhin noch auf Agurin seine Hoffnung setzen. Die Diurese stellt sich schon am ersten Tage ein und erreicht ihren Höhepunkt am 2. und 3. Tage; nach Aussetzen des Mittels hört dieselbe bald, in wenigen Tagen, auf.

Dr. Jacobi hat in der Kolozsvárer Universitätsklinik des Prof. Purjesz insgesamt 32 Kranken Agurin verabreicht. Seine Erfahrungen fasst Verfasser dahin zusammen, dass das Agurin ein sehr gutes Diuretikum ist, welches hauptsächlich bei solchen Stauungsödemen, die ihren Ausgangspunkt im Herzen haben, von sehr guter Wirkung ist. Weniger gut wirkt es bei Stauungen, die von dem Pfortadersystem ausgehen. Bei Exsudaten sah Verfasser keine Wirkung; auch bei Nierenleiden bleibt sie meistens aus.

Über Agurin von Dr. Cerwinka (Prag. med. Wochenschr. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 3). — Klinische Beobachtungen über Agurin von Dr. Montag (Ther. d. Gegenw. 2. H.). — Über Agurin von Dr. Belau (Klin.-ther. Wochenschr. Nr. 7). — Über Agurin von Dr. Fauser (Alig. med. Zentral-Ztg. Nr. 2). — Über Agurin von Dr. Jacobi (Pest. med.-chir. Presse Nr. 14).

Akne. Prof. Leredde (Paris) hält die Phototherapie für einen grossen Fortschritt in der Behandlung der Acne rosacea; die meisten seiner Patienten haben mit den älteren Methoden (Salben, Skarifikationen, Elektrolyse) keine Heilung erzielt, zumal es sich meist um schwere Fälle handelte. Acht Fälle, welche mit der Phototherapie (nach Finsen) behandelt worden sind, kamen zur Heilung, die Sitzungen wurden schliesslich ebenso lange ausgedehnt, wie bei der Lupusbehandlung (mehr wie eine halbe Stunde) ohne dass es zu hässlicher Narbenbildung gekommen wäre. Auf diese Weise kann man in 2 oder 3 Sitzungen eine Acne rosacea zur Heilung bringen, welche anderen, zuweilen schmerzhaften Behandlungsmethoden monatelang Trotz geboten haben.

Nach Prof. Török und Dr. Schein (Budapest) kommt eine Anzahl Fälle von Acne vulgaris, welche anderen Methoden trotzen, durch Röntgenbehandlung zur Heilung. Die Behandlung entspricht im allgemeinen der bei Hypertrichose, der Erfolg tritt aber viel rascher ein. Die günstige Wirkung führen die Verfasser auf das Ausfallen der Lanugohärchen und die geringere Sekretion der Talgdrüsen infolge stärkerer Verhornung ihres Parenchyms zurück.

Prof. Leredde über Behandlung der Acne rosacea mit Phototherapie in der Académie de médecine zu Paris (Münch. med. Wochenschr. Nr. 23). — Die Behandlung der Acne vulgaris mittelst Röntgenstrahlen von Prof. Török und Dr. Schein (Wien. klin. Rundschau Nr. 73).

Akromegalie. Die Hypophysis spielt im Körper, wie Dr. Huismans (Köln) ausführt, eine ausserordentlich wichtige Rolle. Sie neutralisiert durch die Produkte ihrer inneren Sekretion im Blute die Sekrete anderer Blutdrüsen. Sie wirkt so regulierend auf das Gefässsystem und hemmend auf ein abnormes Knochenwachstum. Die Akromegalie entsteht durch den Ausfall der Hypophysisfunktion. Dieser Ausfall ist die Folge einer primären oder sekundären Erkrankung der Hypophysis. Primär wird derselbe bedingt durch maligne Tumoren und Hypoplasie der Hypophysis. Der Ausfall kann aber auch primär bei anatomisch normalem Befunde und bei Hyperplasie der Hypophysis auftreten. Wir sind nicht in der Lage, vom anatomischen Befunde auf die Funktion der Hypophysis zu schliessen. Andererseits kann aber auch eine primäre chronische Infektion des Blutes in erster Linie zu einer sekundären Beeinträchtigung

Digitized by Google

der Hypophysisfunktion führen und so das Bild der Akromegalie hervorrufen. Therapeutisch ist zu bemerken, dass eine Einwirkung von Tierhypophysis auf das Bild der Akromegalie entschieden vorhanden ist, solange und insoweit es sich um reine Hypophysis-Ausfallsymptome handelt. Ausgeschlossen erscheint eine solche, falls sich im weiteren Verlaufe der Krankheit dauernde Veränderungen (Degeneration) an den Gefässen und damit an anderen Blutdrüsen und Organen etablierten.

Über Akromegalie von Dr. Huismans (Ther. d. Gegenw. 8. H.).

Aktinomykose. Dr. v. Baracz (Lemberg) berichtet über 60 Fälle von Aktinomykose. Verf. fand, dass der Pilz niemals durch kariöse Zähne eindringt, sondern nur durch die Schleimhaut der Mundhöhle, des Magendarmkanals oder des Respirationstraktes; ausnahmsweise kann der Pilz auch durch die Kutis eindringen. Den Überträger des Pilzes bilden pflanzliche Fremdkörper im trockenen Zustande, meist Getreidegrannen, Strohfragmente, welche mit den Sporen des Pilzes infiziert sind und in der Schleimhaut des Magendarmkanals sich verfangen oder durch die Luft aspiriert werden. Die operative Behandlung der Aktinomykose soll sich auf breite Inzision, Auskratzung und Tamponade der leicht zugänglichen Herde beschränken; alle grösseren chirurgischen Eingriffe sind zu vermeiden. Bei kleineren Herden genügen parenchymatöse Einspritzungen von Jodtinktur oder 20%iger Lapislösung vollkommen zur Heilung des Prozesses; auch bei grösseren empfiehlt v. Baracz nach der Operation die energische Anwendung des Lapisstiftes und parenchymatöse Einspritzungen der Lapislösung, mit der er z. B. bei Bauchaktinomykose sehr gute Erfolge erzielte. Bei Erkrankung innerer, der operativen Therapie schwer zugänglicher Organe rät v. Baracz zu einem Versuch mit intravenöser Einspritzung des Argentum colloidale Crédé, eventuell kombiniert mit Schmierkur mit Ungt. Crédé.

Über die Aktinomykose des Menschen auf Grund eigener Beobachtungen von Dr. v. Baracz (Arch. f. klin. Chir. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 2).

Alkohol. Dr. Kolbasenko behauptet, dass die warmen Kompressen nach Salzwedel (aber ohne Durchglühung des Wachstuches) aus 70—90% Spiritus bedeutende schmerzstillende, einschränkende und kupierende Wirkung bei Vereiterungen und Phlegmonen haben; dabei manifestiert sich diese Wirkung selbst bei tiefliegenden Entzündungsherden, z. B. bei Phlegmonen in der Tiefe und eitrigen Erkrankungen der inneren Organe der Bauch- und Beckenhöhle (Parametritiden, Salpingitiden, Oophoritiden); in den letzteren Fällen erzielte Autor durch Spiritusumschläge auf den Bauch unerwartete glänzende Erfolge. Bei Panaritien, Lymphangoitiden und akuten Lymphadenitiden ist dies die beste Behandlungsmethode.

Über die Salzwedelschen Spirituskompressen von Dr. Kolbasenko (Prakt. Wratsch. Nr. 9. — Russ. med. Rundschau Nr. 6).

Alsol. Das Aluminium acetico-tartaricum, von seinem Entdecker Alsol genannt, wurde von Dr. Pick (Königsberg i. Pr.) in ¼—½%igen Lösungen bei folgenden Augenkrankheiten mit gutem Erfolge angewandt: 1. Blennorrhoea neonatorum: Auswaschen der Augen ½ stündlich Tag und Nacht, nachdem jedesmal der Eiter durch einige Lidbewegungen aus dem Bindehautsacke entfernt worden ist. Selbstverständlich darf die sonstige Therapie, Protargoleinträufelungen, oder Höllensteinpinselungen, nicht vernachlässigt werden. 2. Akute Bindehautkatarrhe und akute Granulose (neben den sonstigen Massnahmen): kühle Umschläge 3—4 mal täglich 10—20 Minuten. 3. Chronische Bindehautkatarrhe und chronisches Trachom: 2—3 mal täglich ca. ¼ Stunde bis ½ Stunde lang, kühle bis lauwarme Umschläge (neben Plumbum, Cuprum etc.). 4. Bei skrofulösen Ophthalmien (neben gelber Salbe, Borvaseline, Atropin etc.): warme Umschläge 3 mal ½ Stunde oder, bei stärkerer Beteiligung der Hornhaut, hydropathische Verbände, die in Abständen von drei bis vier Stunden erneuert werden. 5. Bei Hordeola: warme Umschläge drei- bis viermal täglich eine

Digitized by Google

halbe Stunde lang. 6. Bei den Augenerkrankungen, in denen eine dauernde Wärmeeinwirkung notwendig scheint (Ulcera corneae, Iritis etc.), zu warmen Umschlägen resp. hydropathischen Verbänden in sehr schwachen Lösungen, $^1/_{500}$—$^1/_{1000}$.

Über Alsol in der Augenheilkunde von Dr. Pick (Ther. Monatsh. 7. H.).

Anämie und Chlorose. Nach Prof. Robin (Paris) ist die Chlorose an sich kein einheitliches Krankheitsbild, sondern stellt eine Summe von Symptomen dar, welche von ganz verschiedenen Krankheitszuständen herrühren und auch ganz verschiedene Behandlung erheischen. Einer dieser Zustände ist die Verarmung des Organismus an Mineralsalzen. Der verminderte Ansatz von Mineralsalzen wird durch die Vermehrung derselben im Urin und durch die relative Verminderung derselben im Blute bewiesen. Die Analyse lehrt, dass diese „Entsalzung" das Blutplasma betrifft, wodurch entweder eine Veränderung der roten Blutkörperchen oder eine verlangsamte Erneuerung oder eine verminderte Wirksamkeit derselben als unmittelbare Folge auftritt. In der Tat ist in den Fällen, welche als Typus für diese Mitteilung gedient haben, die Zahl der roten Blutkörperchen auf 2329000 mit einem relativen Wert von 0,72 (statt 1) gefallen. Diese Varietät der Anämie verdient daher den Namen plasmatische Anämie. Um sie zu behandeln und zu heilen, muss man das Gleichgewicht des Blutplasmas an Salzen wieder herstellen, was ziemlich rasch durch Assoziation der im Blute enthaltenen Salze mit verschiedenen organischen Stoffen, resp. deren medikamentöse Darreichung gelingt. Diese Rekonstitution des Blutplasmas kommt in 15—50 Tagen zu stande und verrät sich durch vermehrten Salzgehalt des Blutplasmas und Verminderung der anorganischen Harnrückstände trotz täglicher Einnahme medikamentöser Mineralsalze. Wenn das Gleichgewicht des Blutplasmas an Mineralsalzen wieder hergestellt ist, muss man in einer zweiten therapeutischen Periode die Eisenmedikation einleiten, welche dann überraschend schnell auf die äusseren Erscheinungen der Chlorose einwirkt. Man kann aber auch die zweite Periode vermeiden, indem man die Eisenpräparate direkt mit den Mineralsalzen verbindet.

An Prof. v. Leydens Klinik in Berlin hat Dr. Mamlock bei der Chlorose sehr gute Resultate durch die Schwitzbettbehandlung mittelst des Phénis à air chaud, wobei die erwärmte Luft zur besseren Austrocknung über Chlorcalcium geführt wurde, bei mehreren Fällen von Chlorose erzielt. Das wesentlichste bei der Schwitzbettbehandlung ist, abgesehen von der Wasserentziehung, die Steigerung der Oxydation, welche durch die mächtige Zirkulationsanregung hervorgerufen wird. Die Herztätigkeit wird verstärkt, und ebenso tritt eine Vermehrung der Atemzüge ein. Der weitere Vorteil dieser Behandlungsmethode besteht darin, dass sie gleichzeitig Bettruhe erfordert, die namentlich bei allen schweren Fällen von Chlorose dringend wünschenswert ist. Die einzige Kontraindikation dieser Methode ist hochgradige allgemeine Schwäche. Dieser Einschränkung wegen kann die Schwitzbettbehandlung bei anderen Anämien nicht gut angewendet werden. Man kann jedoch in diesen Fällen auch in anderer Weise recht zweckmässig die vasomotorische Angina und damit die Blutzusammensetzung beeinflussen, nämlich durch die Transfusion.

Prof. Mariani (Madrid) behandelt seit 20 Jahren die Chlorose mit rektalen Injektionen von frischem, defibriniertem Hammelblut, jedesmal 300 ccm, täglich zu wiederholen, 10—30 mal hintereinander, je nach Schwere des Falles. Zahlreiche sorgfältige Blutuntersuchungen haben stets eine erhebliche Zunahme des Hämoglobingehaltes und öfters auch der Zahl der roten Blutkörperchen erwiesen. Dementsprechend schwinden auch die subjektiven Beschwerden bald. Diese Therapie ist selbst in den schwersten Fällen wirksam gewesen, wo alle Eisenpräparate, Chinin, Landaufenthalt etc. versagt haben. Sie ist dagegen ohne Erfolg bei allen symptomatischen und kachektischen Anämien.

Prof. Robin über plasmatische Anämie in der Académie de médecine (Münch. med. Wochenschr.

Digitized by Google

Nr. 4). — Zur Behandlung der Anämie von Dr. Mamlock (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther, 7. Bd. 5. H.). — Prof. Masrani über rektale Injektionen von Blut in der Behandlung der Anämie auf dem internationalen medizinischen Kongresse in Madrid (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 27).

Aneurysmen. Dr. Rankin benutzt zur Behandlung der Aneurysmen folgende Mischung:

Gelatine 30,0
Kochsalz 9,0

Steriles destilliertes Wasser 1500 ccm werden in einem sterilen Kolben gemischt, der mit Watte verschlossene Kolben wird, nachdem die Gelatine durch 1—2 Stunden langes Stehen erweicht ist, in ein Wasserbad gebracht. Dann wird die Flasche an drei aufeinander folgenden Tagen je eine Stunde lang im Autoklav sterilisiert. Unmittelbar vor dem Gebrauch wird nochmals sterilisiert. Man soll nicht mehr wie 100 ccm auf einmal einspritzen und auch diese Menge nur unter geringem Druck (10—12 Minuten); die Einspritzung darf nur einmal in der Woche vorgenommen werden. Es wurden behandelt: 1 Aneurysma des Aortenbogens, 2 der aufsteigenden und 1 der Bauchaorta. Die Erfolge waren recht gute. Die subjektiven Symptome verschwanden sehr rasch und vollständig, die objektiven wurden ebenfalls recht günstig beeinflusst. Es scheint, dass der Sack schrumpft und die Drucksymptome dadurch verringert werden. In drei der behandelten Fälle liess sich das Kleinerwerden des Tumors mit deutlicher Zunahme der Härte demonstrieren. Die Besserung hielt an und wurde während der Weiterbeobachtung (1—2 Jahre) keine neue Verschlimmerung beobachtet. Bei genügender Vorsicht ist Tetanus nicht zu fürchten.

Zur Behandlung der Aneurysmen mit Gelatineinjektionen von Dr. Rankin (Lancet. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 39).

Angina. Dr. Baron berichtet über endemisches Auftreten von exsudativen ulzerösen Anginen im städtischen Findelhause zu Dresden. Die Erkrankung trat bei völligem oder fast völligem Wohlbefinden des Kindes auf. Selten war Fieber und dann auch nur bis höchstens 38,5° vorhanden. Mässige oder fehlende Drüsenschwellung, kleine Schluckbeschwerden, negativer Harnbefund. In einer Anzahl von Fällen bestand Foetor ex ore, Salivation und bei zwei Kindern initialer Herpes labialis. Die weissgelben bis graubräunlichen, schmierigen Beläge hafteten ziemlich fest; bei gewaltsamer Entfernung blutete es leicht und stark und ein höckeriger, mit ausgefressenen Rändern umgrenzter Geschwürsgrund trat zutage. Der Verlauf der Krankheit war meist ziemlich langwierig (bis 30 und 45 Tage) und Rekrudeszenzen und Rezidive nicht selten. Durch therapeutische Massnahmen schien weder der Verlauf noch die Dauer in bemerkenswerter Weise beeinflusst zu werden, obwohl alle irgendwie angegebenen Mittel erprobt wurden. Ausgedehnte Defekte können nach Abheilen der Ulzerationen gelegentlich zurückbleiben (in einem Falle gänzlicher Verlust der Uvula bei einem dreijährigen Kinde). Was die Ätiologie betrifft, so waren die sonst angeführten Momente (Rachitis, Skrofulose, Syphilis, Unsauberkeit, schlechte hygienische Verhältnisse) sämtlich nicht vorhanden. Dagegen fanden sich in jedem Ausstrichpräparat bei der mikroskopischen Untersuchung der Bacillus fusiformis nebst seiner Begleiterin, der Spirochaetis denticola.

Dr. Baron über endemisches Auftreten von exsudativen ulzerösen Anginen in der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden (Münch. med. Wochenschr. Nr. 2).

Anthrasol. Über Anthrasol, einem gereinigten farblosen Teer berichten Dr. Sack und Dr. Vieth. Während alle bisherigen Versuche, den Teer seiner lästigen Eigenschaften zu entkleiden, sich nur in der Richtung der Löslichmachung bewegten, liegt in dem Anthrasol zum erstenmal ein Steinkohlenteer vor, in welchem das Pech und die färbenden Bestandteile des Teers entfernt sind. Anthrasol ist ein leichtflüssiges, hellgelbes Öl, vom Aussehen des Olivenöls, welches nur noch durch den spezifischen Geruch an den Teer erinnert. Sack hat festgestellt, dass das Anthrasol ein sehr bedeutendes Durchdringungsvermögen für

Digitized by Google

die Haut besitzt, während beim gewöhnlichen Teer das Pech durch seine Klebkraft das tiefe und rasche Eindringen in die Haut hindert. Mit absolutem Alkohol, Aceton, Ölen oder Vasogen als Verdünnungsmittel ist Anthrasol in jedem Verhältnis mischbar, in 90%igem Spiritus jedoch nur zu 5—10% löslich. Anthrasol enthält noch alle wirksamen Bestandteile des Steinkohlenteers. Das neue Präparat, das von Knoll & Co., Ludwigshafen a. Rh. dargestellt wird, hat sich bei Ekzemen, Scabies, Sycosis, Psoriasis, Lichen, Pruritus usw. vorzüglich bewährt.

Anthrasol, ein gereinigter, farbloser Teer und seine therapeutische Verwertung von DDr. Sack und Vieth (Münch. med. Wochenschr. Nr. 18).

Antiseptik, Aseptik und Desinfektion. Über die praktische Durchführung und Durchführbarkeit der Anti- und Asepsis schreibt Prof. Watson-Cheyne (London). Die Grundlagen beider Vorgehen sind hypothetisch: Der Antiseptiker rechnet mit der Desinfektionsmöglichkeit der von ihm a priori für infiziert gehaltenen Wunde, der Aseptiker mit der Möglichkeit, nicht infizierte, keimfreie Wunden zu setzen und keimfreie zu behandeln. Die Schwierigkeiten beginnen schon beim Hautschnitt, da ja hier beide Teile zugeben müssen, dass wir eine Desinfektion der Haut bis heute nicht kennen. Das letzte Wort spricht hier wie überall die Praxis. Die aseptische Chirurgie ist eben eine Chirurgie mit beschränkter Anwendung von antiseptischen Mitteln, inbesondere als Vorbereitung zu den Eingriffen. Der Kampf beider Methoden hat als wichtigstes Resultat die Einsicht gefördert, dass die Applikation der giftigen Antiseptika auf die Gewebe tunlichst einzuschränken ist, und dass die mechanische und physikalische Desinfektion gegen die chemische, wo immer es nur möglich ist, vorzuziehen ist.

Prof. Walravens hatte eine grosse Anzahl von Chirurgen um ihre Ansichten über Aseptik und Antiseptik gefragt. Er bekam 180 Antworten, welche zusammen ein richtiges Bild geben von dem jetzigen Stande der Wissenschaft: 1. Die Desinfektion der Chirurgen selbst. Vor allem wird der Desinfektion der Hände die grösste Wichtigkeit zugeschrieben. Viele Operateure wollen überhaupt keinen eiternden Kranken berühren, andere sind in ihrer Desinfektion so sicher, dass sie keinen Eiter fürchten. Die meisten Antworten liegen zwischen diesen Ansichten, da die meisten Chirurgen eiternde Kranke wohl berühren, jedoch immer mit ganz besonderen Vorsichtsmassregeln: entweder gebrauchen sie Gummihandschuhe oder berühren sie den Patienten niemals mit den Fingern, immer mit Instrumenten, oder nehmen sofort nach dem Berühren der eiternden Wunde ein Vollbad usw. Viele Chirurgen haben zwei Operationssäle, für septische und für nicht septische Patienten. Andere haben verschiedene Assistenten für die verschiedenen Verbände. Wie muss der Chirurg sich selbst desinfizieren? Ein Vollbad wird im allgemeinen überflüssig gefunden. Die Desinfizierung der Hände hat allein sehr grosse Bedeutung. Alle Antworten sind darüber einig, dass die mechanische Desinfektion mit der Bürste die wichtigste ist. Ganz auseinander gehen die Meinungen, wenn es sich um den Gebrauch der antiseptischen Mittel handelt. Einige verwerfen dieselben ganz, andere gebrauchen Alkohol und gekochtes Wasser; 85 Chirurgen sind dem Sublimat treu geblieben. 0,5, 1, 2 oder 3‰ Lysol, blausaures Quecksilber, Karbolsäure haben bloss wenige Verteidiger. Auch wird Permanganat anempfohlen. Die Dauer der Händedesinfektion ist eine recht verschiedene, das hängt grösstenteils von der Beschaffenheit der Hände ab; fast alle Chirurgen finden, dass die Abbürstung mit Seife und warmem Wasser viel länger dauern muss als die Desinfektion mit Antisepticis. Die bakteriologische Untersuchung der Nägel wird von fünf Chirurgen systematisch ausgeführt, da es ein ausgezeichnetes Mittel ist, um die Sorgfalt der Assistenten zu unterhalten. Wie müssen die Hände während der Operation rein gehalten werden; muss man dazu antiseptische oder sterile Lösungen anwenden? Die meisten Chirurgen betupfen die Hände mit steriler Gaze und halten sie trocken. Andere, die geringste Zahl, halten sie immer nass. Bloss für Laparotomien wendet fast jedermann die Reinigung der

Digitized by Google

Hände während der Operation mit sterilem Wasser an. Die Handschuhe haben wenige Anhänger, während die Mütze sehr verbreitet ist. Die allgemeine Neigung ist, die Zahl der Assistenten auf die möglichst geringste herabzubringen. Die meisten Chirurgen haben bloss einen Assistenten und nehmen ihre Instrumente selbst. 2. Die Desinfektion des Operationsfeldes. Vor der Operation wird in allen Kliniken der Patient gebadet. Das Operationsfeld wird von allen mit Wasser und Seife gewaschen, eventuell abrasiert, mit Alkohol und einer antiseptischen Lösung (Sublimat, Lysol, Solveol, Formol) übergossen. Die Haut erhält dann eine trockene oder eine feuchte Bedeckung, mit Wasser oder Serum, oder Alkohol, Sublimat, Lysol usw. getränkt. Viele Chirurgen desinfizieren den Patienten vor der Operation in einem Nebenzimmer, von wo aus er in den Operationssaal gebracht wird. Fast alle Chirurgen wünschen, einen besonderen Raum für die Behandlung der eiternden Patienten zu besitzen.

Von der Voraussetzung ausgehend, dass fast alle Wunden unter dem ersten Verband heilen, vermied Dr. Neuber (Kiel) jeden Reiz der Wunden, legte den grössten Wert auf die Vorbereitung des Kranken, machte die denkbar grössten Ansprüche an die Reinheit des Operationszimmers, Sterilisierung der Verbandstoffe, Instrumente, Wäsche, Bürsten etc. und hat diese Methode seit 18 Jahren durchgeführt. Er ist nun zu einem Resultat gelangt, welches seine Erwartungen noch übertraf, indem er 97½% Heilungen per primam intentionem erzielte. Die Péans werden vor der Anlegung an der Spitze erwärmt, um eine schnellere Gerinnung herbeizuführen. Nähte werden nicht angelegt, sondern nur Michaux'sche Klammern. Grössten Wert legt er auf den Zustand der Hände auch ausserhalb der Tätigkeit, indem er mit Recht der Meinung ist, dass eine stets wohlgeflegte, reine Hand, auch wenn sie nicht so energisch desinfiziert ist, dennoch weniger gefährlich ist, als eine wenn auch lange Zeit gebürstete und mit allen möglichen Antisepticis behandelte, aber dauernd rauhe und rissige Hand.

Durch die Heisswasser-Alkohol-Sublimat-Desinfektion der Hände ist es Prof. Dührssen (Berlin) gelungen, unter seinen letzten 500 Operationen die Kontaktinfektion ganz auszuschalten, insich nur sechs Todesfälle (1,2%) ereigneten, bei drei vorgeschrittenen Carcinomfällen, die nach der Wertheim'schen Methode operiert wurden, bei zwei mit Peritonitis resp. Pyämie eingelieferten Fällen und bei einer moribunden Tubenschwangerschaft. Auch diese sechs Todesfälle hätten sich vermeiden lassen, wenn die Kranken früher ärztliche Hilfe nachgesucht hätten. Es ist daher mit grosser Sicherheit heutzutage auf einen günstigen Ausgang einer gynäkologischen Operation zu rechnen, falls die Kranken sich rechtzeitig zur Operation entschliessen.

Dr. Wandel und Dr. Hoehne (Kiel) unternahmen es zu prüfen, ob es gelingt, hochgradig infizierte Gummihandschuhe auf einfache Weise keimfrei zu machen. Die infizierten Handschuhe wurden über die Hände gezogen und dann in derselben Weise wie die Hände mit Wasser und Seife, teils mit, teils ohne Bürste, verschieden lange Zeit gewaschen. Die Versuche führten zu dem erfreulichen Ergebnis, dass eine etwa 2½ Minuten dauernde energische Waschung mit Seife und Wasser in der Regel genügt, die Handschuhoberfläche von jeder Art bakterieller Verunreinigung zu befreien. Die Anwendung der Bürste ist nicht notwendig. Dieses Resultat ist für die Praxis sehr wichtig, weil hiernach der Arzt nicht genötigt ist, sterile Handschuhe steril verpackt mit sich zu führen, sondern jederzeit in der Lage ist, seine nicht steril angezogenen Handschuhe mit Mitteln keimfrei zu machen, welche überall zu Gebote stehen. Mit zwei bis drei Paar Handschuhen dürfte der Arzt so allen Eventualitäten der Praxis gewachsen sein, d. h. sowohl aseptische Wunden mit sterilen Händen behandeln, als auch eine rationelle Prophylaxe im eigenen und des Kranken Interesse durch Fernhaltung schwer infektiösen Materials von seiner Handoberfläche durchführen können. Nach dem Gebrauch sind die Handschuhe an der Hand sofort mit Seife und Wasser zu reinigen, unter Umstülpen abzuziehen und an der jetzt nach aussen gekehrten

Digitized by Google

Innenseite zu säubern, auf etwa entstandene Risse zu prüfen, dann zu trocknen und eingepudert mit Talkum, jeder Handschuh in ein Gaze- oder Leinwandläppchen gehüllt, aufzubewahren. So behandelte Handschuhe können fünf- bis sechsmal und öfter benutzt werden.

Auch Dr. Hammesfahr (Bonn) hat sich davon überzeugt, dass die Friedrichschen Gummihandschuhe auf mechanischem Wege sicher zu sterilisieren sind. Mit Hilfe der Operationshandschuhe kann man bei aseptischen Operationen den grössten Teil der Infektionsgefahr, der von unseren Händen droht, ausschalten. Zunächst sollten nach Verfasser die Operationsschwester und der Assistent, deren Hände in innigste Berührung mit den Instrumenten, dem Nahtmaterial, den Tupfern etc. kommen, diese Handschuhe tragen, dann kommt wenigstens alles keimfrei in die Hände des Operateurs. Dass der Operateur selbst auch die Handschuhe trägt, ist nicht vollständig durchzuführen, da die Glätte der Handschuhe beim Unterbinden und Nähen ungeschickt macht. Verf. trägt deshalb bei den aseptischen Operationen meist keine Handschuhe, sondern sucht eine möglichst sichere Sterilisierbarkeit seiner Hände dadurch zu erreichen, dass er septisches Material nicht direkt mit den Händen, sondern nur in Handschuhen berührt. Bei septischen Operationen trägt also der Operateur, bei aseptischen Operationen Assistent und Schwester Handschuhe. Verfasser hat in seinem Krankenhaus besondere Handschuhe für die septischen, besondere für die aseptischen Operationen. Vor aseptischen Operationen werden die in sterilen Kompressen aufbewahrten Handschuhe über die nach üblicher Methode desinfizierten Hände gezogen, zehn Minuten lang in fliessendem Heissweisser abgeseift und dann noch je drei Minuten lang in Alkohol und Sublimat gebürstet. Um die Handschuhe anzuziehen, füllt man sie am besten mit Wasser und hält sie so lange nach unten, bis die von oben hineingleitenden Finger die Fingerlinge ausfüllen.

In der Annahme, dass die geringe desinfizierende Wirkung der heissen Luft auf ihrer Unbeweglichkeit beruht, stellte Dr. Schumburg Versuche mit bewegter heisser Luft an und fand, dass diese in der Tat besser desinfiziert, aber für praktische Zwecke noch nicht ausreicht. Dagegen werden selbst die widerstandsfähigsten sporenfreien pathogenen Bakterien in und an Kleidungsstücken, Matratzen usw. in einer Stunde durch heisse Luft abgetötet, wenn sie etwa 55—65 % relative Feuchtigkeit enthält. Dieser Feuchtigkeitsgrad wird regelmässig erreicht, wenn ein Wassergefäss, nicht zu nahe der Wärmequelle, in einen Raum mit heisser Luft von 100° eingesetzt wird. Für sporenhaltige Bakterien kommt die feuchte heisse Luft praktisch nicht in Frage, da ihre Abtötung zu lange Zeit erfordert. Gegenüber dem Wasserdampf hat heisse Luft mit 55—65 % relativer Feuchtigkeit den Vorteil, dass sie Ledersachen selbst bei einem Aufenthalte von 6—8 Stunden nicht angreift, ebensowenig werden Farben und zarte Stoffe verändert.

Von den Verfahren, das Formalin durch Vergasung, Verdampfung oder Versprayung zu entwickeln, halten Dr. Mayer und Dr. Wolpert die Verdampfung für das beste. Sie benutzen einfache, mit einem Aufsatze versehene Emaille- oder Kupfertöpfe, die zunächst nur mit Wasser beschickt werden, erst wenn dieses durch die Spiritusbrenner zum Kochen gebracht ist, wird die entsprechende Menge Formalin hinzugegeben, um es möglichst rasch zum Verdampfen zu bringen. Aus demselben Grunde und um eine bessere Verteilung des Formaldehyds im Zimmer zu erzielen, wird die zu verdampfende Menge Flüssigkeit auf vier Töpfe verteilt. Bei dem geringen Preise der Töpfe stellen sich die Kosten geringer, als beim Flüggeschen Apparate. Zur Entfernung des Formaldehydgeruches benutzen sie nicht eine wässerige Lösung von Ammoniak, sondern entwickeln dieses aus Ammoniumkarbonat, dem Lavendelöl zugesetzt wird. Zur Bindung von 100 g Formaldehyd sind etwa 125 g Ammoniumkarbonat erforderlich; in Räumen, die viele Möbel enthalten, wird aber besser die doppelte Menge davon genommen.

Digitized by Google

Zur Erreichung einer Asepsis des Katheterismus und der Cystoskopie gibt Prof. Casper (Berlin) folgende Verfahren an. Metallkatheter werden in Wasser, weiche Katheter in übersättigter Lösung von Ammonium sulfuricum (fünf Minuten) gekocht, dürfen aber in letzterer nicht aufbewahrt werden, da sie zu weich und rauh werden. Hat man Zeit, so schlägt man besser die weichen Katheter einzeln in Tücher (Katheterflächen dürfen sich nicht berühren) und sterilisiert sie zwei Stunden im Dampftopf; in den Einschlagtüchern werden sie bis zum Gebrauch aufbewahrt. Kranke, die sich selbst katheterisieren, können den gebrauchten Katheter unter der Wasserleitung gründlich abspülen, 24 Stunden in einem Emailkästchen mit $^1/_{1000}$ Sublimat wagrecht liegen lassen und dann in ein frisch gewaschenes Taschentuch einrollen. Cystoskope reinigt Verfasser nach der Gersonschen Methode: dreimaliges Abreiben je eine Minute lang mit Seifenspiritustupfern, Einwickeln in ebensolche bis zum Gebrauch. Als Gleitmittel für Katheter empfiehlt Verfasser folgende Komposition: Hydrarg. oxycyanat.(1:500), Glyzerin, Tragacanth und Wasser. Zur prophylaktischen Spülung der gesunden Blase nimmt Verfasser 100 bis 200 ccm Argent. nitr. 1:1000—2000; für die Cystoskopie spült er mit Hydrarg. oxycyanat. 1 : 5000.

Dr. Grosse konstruierte einen Katheter sterilisator, der aus einem zylindrischen Wasserkochgefäss und einem Glasrohr zur Aufnahme der Katheter besteht. Durch den Falz des ersteren werden behufs festen Standes zwei dünne Metallschienen kreuzweis hindurchgeführt. Das Katheterrohr ist etwas unterhalb der oberen Öffnung durch einen festsitzenden, von zwei watteverstopften Löchern durchbohrten Korkstopfen verschlossen. Ein ebensolcher, aber abnehmbarer Stopfen schliesst für gewöhnlich die untere Öffnung. Zur Sterilisation setzt man denselben auf die obere Öffnung, beschickt das Katheterrohr mit Kathetern, spannt über die untere Öffnung ein Stückchen Mull und führt das Katheterrohr ca. 1 cm tief in das z. T. wassergefüllte Kochgefäss ein. Weiteres Hineingleiten hindert der Mull, welcher ausserdem seitlich dampfdichten Verschluss herstellt. Der Apparat wird einer beliebigen Wärmequelle (Herd, Petroleum-, Gaskocher) exponiert.

Zur Sterilisation kleiner Verbandstoffmengen empfiehlt Dr. Holzapfel einen kleinen Apparat, der aus einem heizbaren kleinen Kessel besteht, von dem ein Zuleitungsrohr zu dem Verbandzylinder führt und zwar zum Boden desselben. Dieser Zylinder wird mit dem Boden nach oben gestellt während der Dampfdurchleitung, und in einen auf dem Tische befindlichen Deckel hineingeschoben, so dass die feine Öffnung des letzteren zum Dampfaustritte frei bleibt. Um die Verbandstoffe vor Durchnässung zu schützen, wird auf einen Ständer Watte gelegt, die den grössten Teil der Feuchtigkeit zurückhält

Dr. v. Hippel (Kassel) hat das Claudiussche Verfahren der Catgutsterilisation, achttägiger Aufenthalt in 1 %iger wässeriger Jodjodkalilösung, nachgeprüft und gefunden, dass bereits nach $1^1/_2$stündigem Aufenthalt in der Lösung steriles Material erhalten wurde. Der Jodgehalt des Fadens wirkt in der Wunde antiseptisch, die Resorbierbarkeit desselben ist nicht grösser als die von anders behandeltem Catgut; er hat in keinem seiner Fälle zu schnelle Nachgiebigkeit gesehen, keinmal Herauseiterung des Fadens erlebt.

Dr. Proskauer und Dr. Schüder (Berlin) haben im Wiesbadener Ozonwasserwerk Versuche mit dem Ozon als Wassersterilisationsmittel angestellt. Es zeigte sich, dass selbst bei einem gesteigerten Keimgehalt, wie er wohl in der Praxis selten vorkommen dürfte, alle Bakterien durch das Ozon abgetötet wurden. Es wird allerdings empfohlen noch mehr Ozon einwirken zu lassen, als zur Erreichung der Sterilisation absolut nötig ist.

Dr. Nagelschmidt stellte vergleichende Prüfungen mit Karbolsäure, Lysol und Lysoform an. Es hat sich gezeigt, dass in entsprechenden Verdünnungen dem Lysoform die gleiche ausreichende desinfektorische Kraft zukommt, wie dem Karbol und Lysol. Zu gunsten des Lysoform fällt nun ein Um-

Digitized by Google

stand schwer ins Gewicht, seine nahezu vollständige Ungiftigkeit. Es ist 10—20-mal so ungiftig wie Karbolsäure und doppelt so ungiftig wie Lysol. Dieses Verhältnis stellt sich aber noch erheblich günstiger dar, wenn man die Resorptionsfähigkeit der drei Präparate prüft. Lysoform wird, wie die Versuche von Nagelschmidt zeigen, in der Bauchhöhle von Kaninchen nur langsam resorbiert und führt deswegen in Dosen, bei welchen Karbol und Lysol bereits letal wirken, nicht einmal zu Vergiftungserscheinungen. Sehr wichtig für die Praxis ist das Fehlen eines unangenehmen Geruches beim Lysoform und ferner seine ausgesprochen desodorierende Wirkung. Infolge seiner seifigen Beschaffenheit dringt es leicht in die Haut ein und greift Instrumente nicht an. Verfasser ist aus all diesen Gründen der Ansicht, dass dem Lysoform unbedingt der Vorzug vor dem Lysol gebührt und dass es überhaupt dasjenige Desinfektionsmittel darstellt, welches für die praktische Verwendung bis heute als das geeignetste erscheint.

Über aseptische und antiseptische Chirurgie von Prof. Watson-Cheyne (Lancet. — Med. Blätter Nr. 10). — Das aseptische und das antiseptische Verfahren von Prof. Walravens (Journ. méd. de Brux. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 44) — Dr. Neuber über Erfolge der aseptischen Wundbehandlung auf dem deutschen Chirurgenkongresse (Med. Woche Nr. 26). — Die Gefahrlosigkeit der modernen gynäkologischen Operationen an der Hand eines klinischen Jahresberichts nebst Bemerkungen über die angewandten Desinfektionsmethoden und die operative Technik von Prof. Dührssen (Zentralbl. f. Chir. — Medico Nr. 38). — Über die mechanische Sterilisierung der Gummihandschuhe und ihre Verwertung in der Praxis von DDr. Wandel und Hoehne (Münch. med. Wochenschr. Nr. 9. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 14). — Die Gummihandschuhe bei aseptischen Operationen von Dr. Hammesfahr (Münch. med. Wochenschr. Nr. 29. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 35). — Über die Desinfektionskraft der heissen Luft von Dr. Schumburg (Zeitschr. f. Hyg. — Schm. Jahrb. 277. Bd. 2. H.). — Über die Verfahren und Apparate zur Entwickelung von Formaldehyd für die Zwecke der Wohnungsdesinfektion von DDr. Mayer und Wolpert (Arch. f. Hyg. — Schm. Jahrb. 277. Bd. 1. H.). — Zur Asepsis des Katheterismus und der Cystoskopie von Prof. Casper (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 46).

Dr. Grosse über Katheterisierilisation im ärztlichen Verein zu München (Münch. med. Wochenschr. Nr 24). — Zur Sterilisation kleiner Verbandstoffmengen von Dr. Holzapfel (Münch. med. Wochenschr. Nr. 16. — Prag. med. Wochenschr. Nr. 41). — Dr. v. Hippel zur Frage der Catgutsterilisation auf der deutschen Naturforscherversammlung in Kassel (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 41). — Weitere Versuche mit dem Ozon als Wassersterilisationsmittel im Wiesbadener Ozonwasserwerk von DDr. Proskauer und Schüder (Zeitschr. f. Hyg. 42. Bd. 2. H.). — Karbolsäure, Lysol, Lysoform von Dr. Nagelschmidt (Ther. Monatsh. 2. H. — Ärztl. Praxis Nr. 6).

Aphasie und Agraphie. Bei der Behandlung der Aphasie und Agraphie nach Schlaganfällen wird es nach Dr. Stadelmann (Würzburg) die erste Aufgabe der Behandlung sein, nach noch vorhandenen Resten der Sprech- und Schreibfähigkeit zu suchen, dieselben durch Übung zu befestigen und sie mit neu hinzukommenden Vorstellungen zu verbinden und auch die wieder einzuüben. Das Sprechen muss das Schreiben bei der Behandlung unterstützen. und umgekehrt. Es ist eine Tatsache, dass das Lautbild das Schriftbild normalerweise begleitet; beim Schreiben sprechen wir mehr oder weniger das schriftlich zu Gebende halblaut oder nur in Gedanken vor uns hin. Die Methode, deren sich Autor bedient, ist folgende: Aus Buchstabentäfelchen wird ein dem Patienten bekanntes Wort gebildet, das Patient öfter laut lesen muss; hierauf setzt der Kranke das Wort selbst zusammen; daran gliedert sich ein zweites, drittes usw. Wort, bis ein kleiner Satz gebildet ist; jedes Wort, das Patient selbst zusammensetzen soll, muss er vorher einigemal laut lesen; ebenso liest er jedes Wort nach dem Zusammensetzen seinerseits. So lernt der Kranke in Sätzen sprechen. Mit dem Schreiben wird es ebenso gehalten. Zuerst schreibt Patient ein einzelnes Wort, das er zuerst aus Buchstabentäfelchen zusammengesetzt gesehen, dann selbst zusammengesetzt und laut gelesen hat. Während des Schreibens eines Wortes hat er das optische Bild desselben vor sich und dann das Lautbild; er muss das Wort beim Schreiben laut aussprechen, zugleich wird es ihm laut vorgesagt. Nach einigen Übungen wird dem Kranken das optische Bild genommen, dann das Lautbild. Patient schreibt schliesslich das Eingeübte ohne weitere Unterstützung. Und so Wort für Wort, Sätzchen um Sätzchen. So geht das Erlernen des Schreibens mit dem des Sprechens Hand

Digitized by Google

in Hand und unterstützt sich gegenseitig. Am Nachmittag übt Patient für sich, was am Vormittag neu sprachlich und schriftlich erworben wurde.

Beitrag zur Behandlung der motorischen Aphasie und Agraphie nach apoplektischem Insult von Dr. Stadelmann (Ther. Monatsh. 5. H.).

Appendicitis. Dr. Lockwood geht von der Frage aus, ob es möglich ist, gleich im Beginn einer Appendicitis zu sagen, ob dieselbe voraussichtlich leicht oder schwer verlaufen wird. Diese Frage glaubt er bejahen zu können. Sehr heftiger Beginn mit grossem Schmerz, der sich weiter ausdehnt (Ergriffensein des Peritoneums), Schüttelfrost und Erbrechen, das bei Entziehung der Nahrung nicht aufhört, deuten auf eine schwere Erkrankung. Der Schmerz entspricht durchaus nicht immer dem Mc Burneyschen Punkte, er wechselt mit der Lage der Appendix, kann aber von ihm ganz unabhängig sein, so dass man vom Schmerzpunkte aus nicht sicher auf die Lage der Appendix schliessen kann. Oft ist die Hauptschmerzhaftigkeit vom Rektum aus festzustellen. Rektaluntersuchung sollte deshalb nie versäumt werden. Von allergrösster Bedeutung ist das Verhalten des Pulses; bleibt die Pulsfrequenz hoch, so ist Gefahr im Abwarten. Temperatur und Respiration sind von geringerer Bedeutung. Obstruktionserscheinungen, die durch Einläufe nicht sofort behoben werden können, verlangen die sofortige Operation; Zeichen von Darmparalyse, starker Meteorismus erfordern ebenfalls sofortigen Eingriff. Von anderen Symptomen, die einen schweren Fall anzeigen, sind zu nennen: Blasenbeschwerden (Ergriffensein des Beckenperitoneums), rasche Ausbildung einer Schwellung über der Cökalgegend, die übrigens in diesen Fällen gewöhnlich auf Schwellung der Darmwand und des Peritoneums zurückzuführen ist. In den allerschwersten Fällen fehlt meist jede Schwellung: der gangränöse Wurmfortsatz perforiert in die freie Bauchhöhle. Eine Reihe von Komplikationen, wie Leberabszess, subphrenischer Abszess etc., erfordern natürlich ebenfalls chirurgische Hilfe. In zweifelhaften Fällen glaubt Verfasser, dass es besser ist, zu operieren, als abzuwarten.

Die klinischen Zeichen der eitrigen und brandigen Formen der Epityphlitis sind nach Prof. Küster (Marburg) folgende. Die Facies abdominalis kann von Bedeutung werden, wenn sie sich erst im Laufe der Erkrankung einstellt. Ein Schlechterwerden des Pulses bei niederer Temperatur muss immer zu grosser Achtsamkeit mahnen. Bei einer 48 Stunden übersteigenden anfänglichen Temperatursteigerung ist immer Eiterung anzunehmen. Die Störungen der Verdauung haben für die Frage der Eiterung in der Regel keine Bedeutung. Eine hohe örtliche Schmerzhaftigkeit spricht für eine Eiterung. Umgekehrt ist der Satz nicht richtig. Die Bedeutung der Entzündungsgeschwulst ist eine wechselnde. Das Ödem der Bauchwand ist oft erkennbar. Wichtig ist eine starre Feststellung der Bauchwand in der rechten Darmbeingrube, bei tiefer Inspiration bleibt sie ganz flach, während die linke sich vorbuchtet.

70 an der Leipziger Klinik beobachtete Perityphlitisfälle berechtigen Dr. Stadler zu folgenden Schlüssen: Das Verhalten der weissen Blutkörperchen lässt in der Mehrzahl aller akuten Fälle von Appendicitis die mit einfacher, sogenannter fibrinöser Exsudation einhergehenden Formen von den zur Abszedierung kommenden sicher unterscheiden; bei der ersteren tritt höchstens anfangs und vorübergehend eine wesentliche Leukocytenvermehrung (nicht über 23 000) auf. Dauernd hohe Werte gleich anfangs oder im weiteren Verlauf, sowie einmaliges Überschreiten der Zahl 25 000, namentlich nach längerem Krankheitsverlauf, zeigen – bei Ausschluss anderer, Leukocytose erregender Prozesse — bestehende Eiterung an und verlangen die Operation. Mit der Entleerung des Eiters, sowie bei fester Abkapselung geht die Leukocytose zurück, bei sogenannter Eiterretention nimmt sie zu. Abgesehen vielleicht von geringen individuellen Schwankungen verläuft die absolute Höhe der Leukocytenwerte der Ausdehnung des Entzündungsprozesses parallel, ist dagegen im allgemeinen unabhängig vom Verhalten der Körpertemperaturen und den subjektiven Krankheitserscheinungen.

Digitized by Google

Die Resultate der Untersuchungen von Prof. Sonnenburg und Dr. Federmann (Berlin) bei den einzelnen Formen der Perityphlitis haben zur Evidenz ergeben, dass wir in der Bestimmung der Leukocytose ein wichtiges Hilfsmittel haben, zu unterscheiden, ob der Verlauf der Krankheit ein langsamer oder foudroyanter sein wird. Bei der freien Peritonitis haben sie ebenfalls in der Leukocytose eine untrügliche, gewissenhafte Probe auf die Schwere der Erkrankung gefunden. Eine dauernd hohe Leukocytose war bei den zur Heilung gekommenen, eine schnell abfallende bei den tödlich ausgehenden zu konstatieren gewesen. Sonnenburg schliesst, dass der Leukocytose neben den klinischen Symptomen ein grosser Wert in bezug auf Diagnose und Prognose zukommt.

Wie die Erfahrungen auf Professor Angerers Klinik in München gelehrt haben, kann man nach Dr. Wassermann in dem Vorhandensein einer Hyperleukocytose bei Appendicitis, welche nicht nur vorübergehend ist, fast immer, auch wenn sonst nichts für die Bildung eines Abszesses spricht, die Indikation zur Operation erblicken. Nicht so zuverlässig wie der positive Befund, Leukocytenzahlen von 20000 und darüber, ist der negative. Es wurden in manchen Fällen, trotz sicherer Eiterung, nur verhältnismässig geringe Werte der Leukocyten beobachtet.

In der Abteilung von Dr. du Mesnil de Rochemont des städtischen Krankenhauses zu Altona beschäftigte sich Dr. Gerngross mit dem Studium der Frage der Leukocytose zur Perityphlitis. Nach seinen Erfahrungen ist die Curschmannsche Theorie im grossen ganzen bestätigt. Auch er sah bei Perityphlitiden, die leichten klinischen Verlauf nahmen, die Leukocytenzahl zu Anfang nicht unbeträchtlich vermehrt, aber dann in kurzer Zeit zur Norm zurückkehren, während bei schwereren Fällen, die schliesslich operatives Eingreifen erforderten, sich die anfängliche Leukocytose in gleicher Höhe hielt oder weiter anstieg. Nicht bestätigen konnte er Curschmanns Ansicht, dass vereinzelt beobachtete Leukocytenzahlen von 25000 und darüber schon die Indikation zur Operation geben sollten, denn er sah einmal die Leukocyten mehrere Tage beträchtlich vermehrt, bis 36000, und kam Patient ohne Operation zur Heilung. Dass niedrigen Werten für das Bestehen oder Nichtbestehen von Eiterung keine Beweiskraft zukommt, ja dass die Leukocytose bei den rapid verlaufenden Fällen konstant zu fehlen scheint, geht aus Autors Beobachtungen hervor. Die Leukocytenzählung erscheint somit sehr wohl geeignet, die Diagnose zu unterstützen, einen Fingerzeig zu geben, ob der Prozess im Steigen oder in der Rückbildung begriffen ist, kann aber doch keinen sicheren Indikator für oder gegen die Operation abgeben. Der Zeitpunkt für diese dürfte nach wie vor mehr aus dem allgemeinen Eindruck zu bestimmen sein, den der Kranke bietet, aus der Beschaffenheit des Leibes, den aufgetriebenen oder kahnförmig eingezogenen Bauchdecken, dem verfallenen Aussehen, dem Bilde der Zunge, der Beschaffenheit und Frequenz des Pulses.

Prof. Lanz (Amsterdam) ist der Ansicht, dass man unbedingt am ersten Tage der sicher diagnostizierten Appendicitis operieren müsse. Er hat das jetzt immer häufiger getan, es noch niemals zu bedauern gehabt und damit stets analogen Erkrankungen vorgebeugt. Der noch allgemein gültigen Meinung, dass man nach einem ersten leichten Anfalle nicht operieren solle, widerspricht er kategorisch, denn er hat Fälle gehabt, wo Patient 5, 14, ja einmal 25 Jahre nach dem ersten Anfall von Blinddarmentzündung an einem ersten Rezidiv starben. Auch die von berufenster chirurgischer Seite gemachte Behauptung, dass ein schwerer, mit Bildung eines operativ eröffneten Abszesses verlaufender Anfall gegen ein Rezidiv schütze, erklärt er für Irrtum und führt ein einschlägiges Beispiel an. Dass, wie bekannt, der grösste Prozentsatz der Perityphlitis-Kranken auf exspektativem Wege heilt, erkennt er nicht als Beweis gegen die präventive Operation an, denn sie heilen nur klinisch, aber nicht anatomisch.

Prof. Riedels Standpunkt bezüglich der Appendicitis ist folgender. Das Ideal der Behandlung: „Exstirpation des

Digitized by Google

entzündeten, vereiterten, gangränösen Fortsatzes vor der Perforation, vor der Bildung eines Abszesses" muss in immer mehr Fällen erreicht werden. Der früher aufgestellte Satz: „Operieren, wenn Eiter vorhanden ist", kann als veraltet betrachtet werden, wenn wir auch leider oft bei bereits vorhandenem Eiter operieren, weil die Kranken relativ spät zur Operation kommen. Je früher man operiert, desto leichter und einfacher ist die Operation, desto geringfügiger ist die Wunde in der Bauchwand, desto sicherer die Narbe. Die Appendicitis ist eine chirurgische Krankheit, sie soll nach richtigen chirurgischen Grundsätzen behandelt werden. Darum soll man auch nicht die Vermehrung der weissen Blutkörperchen abwarten, bis man operiert; man soll operieren, bevor sie sich vermehren, dann wird nur noch ausnahmsweise der Tod an Appendicitis erfolgen.

Die Empfehlung der jedesmaligen sofortigen Operation kann nach Dr. Jaffé füglich nur in dem Sinne erfolgen, dass man bei solchem Verfahren sämtliche Patienten oder annähernd sämtliche durchbringt. Man wird vor die Frage: operieren oder nicht operieren, immer wieder gestellt werden in der Zeit der mehr ausgebildeten, der weiter vorgeschrittenen Krankheit; und diese weiter vorgeschrittene Krankheit nun präsentiert sich in zwei, oft zwar miteinander kombinierten, aber im grossen und ganzen doch leidlich auseinander zu haltenden Gestalten: nämlich erstens in der Form des mehr oder weniger auf die Gegend des kranken Organes beschränkten Exsudats (Peri- oder Paraappendicitis); und zweitens in der Form einer in höchst variabler Weise auf die übrige Bauchhöhle fortgeschrittenen Affektion (Peritonitis). Entscheidend soll sein jede Veränderung, welche das Krankheitsbild, der Ablauf der Krankheit, aufweist. Andererseits soll man sofort operieren bei allen denjenigen Fällen, bei welchen eine Bauchfellentzündung in der Ausbreitung begriffen ist, und ein starker Eindruck dafür vorwaltet, dass von den ergriffenen Teilen des Bauches die Infektion fortschreitet auf bisher im wesentlichen intakte Abschnitte. Bleibt nun aber die Krankheit beschränkt auf die Gegend des erkrankten Organs, ist das sogenannte perityphlitische Exsudat fertig gebildet, so hält Jaffé wiederum den Rat, unter allen Umständen und unverzüglich zu inzidieren, für einen verfehlten. Nur dann soll sofort operiert werden, wenn der Arzt keine Garantie übernehmen zu können glaubt dafür, dass die Infektion sich nicht auf die noch freie Bauchhöhle ausbreite. Ist man nun berechtigt zu warten und wartet man, dann allerdings gewährt solches Zögern (selbstverständlich nicht etwa bis der Eiter unter den Weichteilen erscheint, sondern nur bis zur eitrigen Einschmelzung des Kernes des Exsudates) dem Patienten erheblichen Vorteil. Sind dies unleugbare Vorteile, so gestaltet sich ganz anders und, wie man sofort erkennen wird, wesentlich unvorteilhafter, der Eingriff, falls der Kern des perityphlitischen Exsudates noch nicht eitrig eingeschmolzen ist. Jaffé legt auf diesen Unterschied zwischen eitriger Einschmelzung des Kernes des perityphlitischen Exsudates und der noch nicht stattgefundenen eitrigen Einschmelzung bezüglich des Zeitpunktes des operativen Eingriffes den grössten Wert.

Dr. Bornhaupt (Riga) ist kein unbedingter Anhänger der Frühoperation, sondern betont, dass eine prinzipielle Scheidung der exspektativen und operativen Behandlungsmethode nicht richtig ist. Wenn Eiter vorhanden ist, soll stets operiert werden; frequenter Puls, abnorm hohe Temperatur, sehr intensive Schmerzen, schlechtes Aussehen, gespannter Leib, dabei palpabler Processus vermiformis erfordern ebenfalls sofortige Operation. Da nach der Frühoperation tamponiert werden muss, kann diese aber mit der Intervalloperation nicht konkurrieren; daher muss unter dazu günstigen Verhältnissen die Operation im Intervall nach Ablauf von 4—5 Wochen angestrebt werden.

Die Appendicitis heilt nach Prof Robins (Paris) Ansicht in den allermeisten Fällen bei Behandlung mit innerlich verabreichten Mitteln. Robins Statistik umfasst 250 Fälle. Nur 6 mal war ein operativer Eingriff erforderlich, dabei hatte er 2 Todesfälle und 4 Heilungen. Alle anderen innerlich behandelten Kranken sind gesund geworden.

Digitized by Google

Der Opiumgebrauch ist vor allem zu verwerfen, weil dadurch der Darm immobilisiert wird. Letzterer muss durch Laxantien gereinigt werden. Robin verordnet zu diesem Zwecke Rizinusöl (30,0) oder Kalomel in 4 Pulvern zu 0,10 g, in halbstündigen Pausen zu nehmen. Gleichzeitig werden grosse Darmirrigationen appliziert und hinterher eine milde Massage des Kolons vorgenommen. Während der ganzen Dauer des Anfalls absolute Milchdiät. Bei sehr schmerzhafter Hyperästhesie der Haut werden in der Gegend des Cökums milde Einreibungen mit Quecksilbersalbe, der etwas Belladonna zugesetzt ist, gemacht. Darüber ein Kataplasma.

Rp. Unguent. Hydrarg. cin. 40,0
Extr. Belladon. 10,0
M. f. ungt.

Wenn der charakteristische Schmerz sehr intensiv ist, wird eine subkutane Morphiuminjektion oder folgendes Opiumliniment appliziert:

Rp. Balsam. tranquill. 40,0
Extr. Opii
Extr. Belladon.
Extr. Hyoscyami āā 2,0
M. f. linim.

Falls Morphin mehrere Tage nacheinander notwendig werden sollte, ist dasselbe behufs Vermeidung seiner stopfenden Wirkung durch Kodein zu ersetzen:

Rp. Codeini 0,2
Extr. Gentianae q. s.
M. f. pilul. Nr. 10.
D. S. Alle acht Stunden eine Pille zu nehmen.

Nach Ausräumung des Darms muss sorgfältig darauf geachtet werden, ein Rezidiv der Kotanhäufung zu vermeiden. Es ist für tägliche Stuhlentleerung (eventuell durch Rizinusöl oder Lavements) zu sorgen. Eine zweckmässige Diät verdient selbstverständlich die grösste Beachtung.

Dr. Straschnow (Franzensbad) hat die Franzensbader Moorbäder und Moorumschläge bei Exsudatresiduen nach Perityphlitis mit gutem Erfolge in Anwendung gezogen. Der warme Moorbrei wirkt nicht nur kataplasmierend, sondern auch gleichzeitig mild massierend. Eine örtliche Massagebehandlung wurde trotz aller abgelaufenen Entzündungserscheinungen wohl mit Recht perhorresziert.

Dr. Boije steht auf dem Standpunkt, dass die Appendicitis während der Schwangerschaft nach denselben Prinzipien zu behandeln ist, wie ausserhalb der Schwangerschaft. Nur bei Berücksichtigung des Lebens der Frucht stellen sich nach Autor die Indikationen etwas anders, da unter solchen Umständen ein unmittelbar nach der Erkrankung vorgenommener operativer Eingriff das Leben der Frucht, sowie auch das der Mutter retten kann.

Dr. Weber führt einige Fälle an, in denen sich an eine Angina schwere perityphlitische Erkrankungen anschlossen. Verfasser hält, was den Weg der Übertragung anlangt, es am wahrscheinlichsten, dass die Krankheitserreger von der Tonsille einfach durch den Verdauungskanal an den Wurmfortsatz gelangen.

Über durch Eingeweidewürmer, hauptsächlich Oxyuren hervorgerufene Appendicitisfälle berichtet Dr. Oppe (Dresden).

Prof. Kuttner (Berlin) teilt einige Fälle von Pseudo-Appendicitis mit. Dieselben lassen verschiedene Erklärungen zu. Entweder handelt es sich um schwer nervöse oder neuropathisch veranlagte Kranke mit Druckschmerz in der Ileocökalgegend; typische Anfälle werden in der Anamnese vermisst. Schwieriger ist die Deutung des die Appendicitis vortäuschenden Krankheitbildes dann, wenn scheinbar typische Anfälle der Operation voraufgegangen sind. Hier sind nur zwei Deutungen möglich: entweder es haben wirkliche Appendicitisanfälle vorgelegen, aber sie haben keine Veränderungen am Wurmfortsatze zurückgelassen, oder die akuten Anfälle sind gar keine Appendicitisanfälle gewesen. Autor glaubt aber an diese letztere Möglichkeit und meint, dass es sich in diesen Fällen um gewöhnliche, besonders schmerzhafte Darmkoliken gehandelt habe. Kuttner empfiehlt ganz besondere Vorsicht in der diagnostischen Verwertung des Mac Burneyschen Punktes, ferner hebt er hervor, dass die für besonders charakteristisch geltende

Digitized by Google

wolkenförmige Resistenz in der Ileocökalgegend gar nicht selten auf umschriebene Muskelkontraktionen in den lateralen Retica des M. rectus usw. zurückzuführen ist. Nicht minder vorsichtig muss man mit der Beurteilung einer Vorwölbung der Regio ileocoecalis sein. Sie ist die Folge einer Dehnung des Cökum bei Gasanhäufung im Dickdarm und kann bei katarrhalischen, wie bei rein funktionellen Darmaffektionen sehr ausgesprochen sein. Die Heilwirkung mancher Operationen, bei denen der Wurmfortsatz intakt gefunden und zurückgelassen wurde, erklärt Verfasser durch die Durchtrennung von Nervenästen, die längere Rückenlage und strenge Diät nach der Operation, die suggestive Beeinflussung, u. a. mehr.

Zur Chirurgie der akuten Appendicitis von Dr. Lockwood (Lancet. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 6). — Die klinischen Zeichen der eitrigen und brandigen Formen der Epityphlitis von Prof. Küster (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 67, Bd.). — Zur diagnostischen Bedeutung der Leukocytenwerte bei den vom Blinddarm und Wurmfortsatz ausgehenden entzündlichen Prozessen von Dr. Stadler (Mitt. aus den Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 11. Bd. 3. H.). — Prof. Sonnenburg und Dr. Federmann über die Bedeutung der Leukocytose bei der Perityphlitis auf dem deutschen Chirurgenkongresse (Münch. med. Wochenschr. Nr. 25). — Ein weiterer Beitrag zur diagnostischen Bedeutung der Leukocytose bei Appendicitis von Dr. Wassermann (Arch. f. klin. Chir. 69. Bd. 1. u. 2. H. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 39). — Perityphlitis und Leukocytose von Dr. Gerngross (Münch. med. Wochenschr. Nr. 37). — Die präventive Chirurgie von Prof. Lanz (Korresp.-Bl. f. Schw. Ärzte Nr. 1. — St. Petersb. med. Wochenschr. Nr. 24). — Die Resultate der Appendicitisoperationen in Jena während des letzten Semesters von Prof. Riedel (Münch. med. Wochenschr. Nr. 47). — Wann soll bei Perityphlitis operiert werden? von Dr. Jaffé (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 50. — Med. Blätter Nr. 52). — Zur Frühoperation der Appendicitis von Dr. Bornhaupt (Arch. f. klin Chir 70 Bd. 2. H.). — Zur Behandlung der Appendicitis von Prof. Robin (Rev. de thérap. — Therap. Monatsh. 10. H.). — Beiträge zur Wirkung der Moorbäder und Moorumschläge bei Exsudatresten nach Perityphlitis von Dr. Strasehnow (Ther. d. Gegenw. 3. H.). — Über Appendicitis während der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett von Dr. Boije (Mitt. aus der gynäk Klinik des Prof. O Engström in Helsingfors. J. Kargers Verlag. Berlin 1903. — Schm. Jahrb. 280. Bd. 10 H.). — Zur Kritik der Beziehungen der Angina tonsillaris zur Entzündung des Wurmfortsatzes von Dr. Weber (Münch. med. Wochenschr. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 2). — Appendicitis und Eingeweidewürmer von Dr. Oppe (Münch. med. Wochenschr Nr. 20). — Über Pseudo-Appendicitis von Prof. Kuttner (Beitr. zur klin. Chir. 37. Bd. 1. u. 2. H. — Schm. Jahrb. 278. Bd. 6. H.).

Arhéol. Das Arhéol ist nach Dr. Ravasini (Triest) ein aus dem Santelöl gewonnener Alkohol, welcher eine ölige farblose Flüssigkeit darstellt und in Kapseln zu 0,2 g verabreicht wird. Das Arhéol soll nur die Vorzüge und nicht die Schattenseiten des Santelöls besitzen; es ist chemisch rein und entfaltet, weil immer sich selbst gleich, in gleichen Dosen auch stets dieselben Wirkungen. Bei Tripper und seinen Folgeerkrankungen, sowie auch in Fällen von Cystitis, die nicht auf gonorrhoischer Basis beruhen, hat sich dem Verfasser das Arhéol sehr gut bewährt. Von den Kapseln können 6—12 täglich genommen werden.

Therapeutische Erfahrungen über Arhéol von Dr. Ravasini (Ther. d. Gegenw. — Ärztl. Praxis Nr. 3).

Arsenpräparate. Prof. v. Zeissl (Wien) hat 16 Kranke mit Atoxyl behandelt. Es betraf Fälle von Psoriasis vulgaris, Lichen ruber acuminatus, hochgradig anämische und abgemagerte Luetiker etc. Die Hauterkrankungen bildeten sich unter der Atoxylbehandlung geradeso zurück wie unter jeder Arsenbehandlung, dabei hob sich aber in kurzer Zeit das Körpergewicht, so dass man die Luetiker nach dieser vorbereitenden Kur mit Erfolg antiluetisch behandeln konnte. Das Atoxyl wird intramuskulär injiziert. Abszesse oder eine besondere Schmerzhaftigkeit der Injektionsstelle wurden hierbei niemals beobachtet; ebensowenig eine Arsenvergiftung. Es wurde eine 20%ige Atoxyllösung benützt und in die Glutaei wurden vorerst bloss zwei Teilstriche der Pravazschen Spritze injiziert; man stieg jeden Tag um zwei Teilstriche, injizierte mithin am fünften Tage schon zehn Teilstriche = 1 ccm. Alsdann wurde nur jeden zweiten Tag 1 ccm injiziert.

Dr. Biringer berichtet über gute Erfolge, die an der Bonner Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis mit dem Atoxyl erzielt wurden. Es genügt zur Erreichung einer guten Arsenikwirkung, wenn man wöchentlich zweimal eine Pravazsche Spritze einer 20%igen Lösung gibt. Das Mittel wirkt langsam und nachhaltig. Die Einspritzungen wurden ausnahms-

Digitized by Google

los gut vertragen, bewirkten keinerlei unangenehme Erscheinungen.

Dr. Fuchs hat das Neo-Arsycodile versuchsweise bei zehn Fällen von Phthisis leichteren und mittleren Grades und zwei Fällen von Diabetes mellitus angewandt. Die hervorragendste Einwirkung des Arsycodile bei der Tuberkulose, die auch von den übrigen Beobachtern an erster Stelle angegeben wird und auch von den Patienten meist spontan berichtet wurde, war diejenige auf den Appetit. Beachtenswert war auch der günstige Einfluss des Arsycodile auf die so lästigen Nachtschweisse der Phthisiker, die entweder gemildert wurden oder in leichten Fällen ganz verschwanden, während eine Einwirkung auf die Hämoptoe nicht zu konstatieren war. Was den Einfluss des Arsycodile auf den Husten betrifft, so war derselbe ein sehr guter; der Hustenreiz verschwand, der Husten selbst wurde spärlicher, die Expektoration ging leichter von statten, die Menge des Sputums wurde geringer, in leichten Fällen verschwand dasselbe ganz. Was nun die Wirkung auf den lokalen Prozess in der Lunge betrifft, so schienen, wenn auch eine Heilung des Prozesses nicht zu erwarten war, doch in vielen Fällen die Veränderungen im perkutorischen und auskultatorischen Lungenbefund auf eine Besserung oder wenigstens auf einen Stillstand des Prozesses hinzudeuten. Die Beobachtung der zwei Diabetesfälle ergab namentlich eine Besserung des Allgemeinbefindens, der Schwächezustand der Patienten nahm ab, das Hunger- und Durstgefühl wurde weniger unangenehm und auch objektiv zeigte sich eine günstige Wirkung, indem der Zuckergehalt des Urins in 5—6 Wochen trotz nicht strenger Diabetesdiät um 3—4% abnahm; dabei traten niemals Intoxikationserscheinungen irgend welcher Art auf, die eine Unterbrechung der Kur erfordert hätten.

Dr. Rhoden (Lippspringe) redet dem Ichthyolsalicylatoxyl das Wort. Man beginnt in Fällen von Tuberkulose mit zweimal täglich eine Pille (0,2 Ichthyolsalicyl, 0,005 Atoxyl), steigert nach zwei Tagen auf dreimal täglich eine Pille, hält diese Dosis ca. acht Tage inne, steigert dann auf viermal täglich eine Pille acht Tage lang, dann fünfmal täglich eine Pille acht Tage lang, dann sechsmal täglich eine Pille acht Tage lang und geht diesen Turnus in gleicher Form zurück. Rhoden empfiehlt, diese ausprobierte Verordnungsweise für Erwachsene innezuhalten; bei Kindern, denen ebenfalls sowohl Ichthyolsalicyl in der Valenta-Resorptionspillenform Nr. 1 wie in der Valentaform Nr. 2 als Ichthyolsalicylatoxyl gut bekommt, geht man bis zu täglich 3—4 Pillen, stets im auf- und niedersteigenden Turnus. Die augenscheinlich zutage tretende Verbesserung des Allgemeinbefindens, die Hebung der vitalen Energie ist neben dem prompten Resorptionseffekt und dem dadurch erzielten Zurücktreten lokaler Symptome eine alsbald hervortretende Erscheinung während der Ichthyolsalicyl-Darreichung. Es dürfte das Heilmittel wie in der Tuberkulosebehandlung, so auch in der Dermatotherapie (Psoriasis), in der Behandlung der Nervenleiden (Neurasthenie, Neuralgien, Chorea), des Diabetes und ferner der chronischen Malaria, malignen Lymphomen, also Krankheiten, bei denen die Arsentherapie von alters her üblich war, Eingang finden. Die Pillen liefert das chemische Laboratorium von Apotheker Lakemeier, Mülheim (Ruhr).

Prof. v. Zeissl über Atoxyl in der Gesellschaft für innere Medizin in Wien (Münch. med. Wochenschr. Nr. 13). — Klinische Erfahrungen mit Atoxyl von Dr. Biringer (Ther. Monatsh. 8. H. — Schm. Jahrb. 280. Bd. 10. H.). — Klinische Erfahrungen über die Anwendung von Neo-Arsycodile von Dr. Fuchs (Wien. med. Wochenschr. Nr. 17. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 7. H.). — Über Ichthyolsalicylatoxyl von Dr. Rhoden (Ärztl. Rundschau. — Medico Nr. 10).

Arteriosklerose. Prof. Bollinger (München) gibt einen Überblick über den derzeitigen Stand der Lehre von der Arteriosklerose mit besonderer Berücksichtigung gewisser Formen von chronischer postluetischer Arteriitis. Die senile Atheromatose, die am besten bekannt ist, ist eine Kombination entzündlicher und degenerativer Prozesse, bei denen unregelmässige Verdickungen der Wandungen, besonders der Retina mit Neigung zu fettiger Nekrose und Verkalkung die Hauptrolle spielen, während bei der prä-

Digitized by Google

senilen, luetischen oder postluetischen Sklerose namentlich der Brustaorta die Neigung zu degenerativen Veränderungen völlig zurücktritt. Die präsenile, postluetische Arteriitis (besonders in der Brustaorta) findet sich häufig bei Tabes und Paralyse, führt ausserdem oft zu Aneurysmen der Aorta ascendens und des Bogens (2/3—3/4 aller Fälle der Aneurysmen der Aorta thoracica). Männer werden häufiger befallen, als Frauen. Bezüglich der präsenilen Sklerose und Degeneration der peripherischen Arterien (des Hirns und der Extremitäten) ohne Lues wird von Bollinger als ätiologischer Faktor erbliche Anlage, funktionelle Überanstrengung (Neurasthenie), Alkoholismus und Bleivergiftung angesprochen.

Dr. Pineles (Wien) hat bei drei Patienten mit stenokardischen Anfällen und anderen auf Angiosklerose beruhenden Zuständen das neue Diuretikum Theocin mit gutem Erfolge angewendet. Er gab 2—3 mal täglich 0,2 Theocin. Hierauf trat ein schmerzfreies Intervall auf. Theocin ist billiger als Diuretin und wird nach Pineles Beobachtungen gut vertragen. Es scheint direkt auf die Gefässe zu wirken. Ein Einfluss auf Blutdruck und Diurese wird von Autor geleugnet.

Prof. Truneček (Prag) trachtet bei der Behandlung der Arteriosklerose den Körper mit Alkalisalzen zu bereichern und führt ihm dieselben in Gestalt subkutaner Injektionen von „anorganischem Serum" zu, d. h. in Gestalt einer wässerigen Lösung sämtlicher im Blutserum vorhandenen Alkalisalze in gleicher Zusammensetzung und Proportion wie im Blutserum bei fünffacher Konzentration. Er verwendet:

Rp.	Natr. sulfur.	0,44
	Natr. chlorat.	4,92
	Natr. phosphor.	0,15
	Natr. carbon.	0,21
	Kal. sulfur.	0,40
	Aqu. dest. ad	100,0.

Zuerst wird 1 ccm subkutan injiziert, dann alle 4—7 Tage je 0,2—0,5 ccm mehr, bis man 7,5 ccm erreicht hat. Als Indikation werden alle Fälle von ausgesprochener Arteriosklerose mit dauernder Spannung des Pulses (ohne Nephritis), Dyspnöe, Cyanose oder Angina pectoris angegeben, ausserdem Alkoholismus, Urämie und Coma diabeticum. Eine nebenhergehende Allgemeinbehandlung wird als notwendig bezeichnet.

Dr. Levy hat Truneceks Versuche dahin erweitert, dass er die Anwendung der mineralischen Blutsalze auch in Gaben per os in Frage zog und kam zu der Überzeugung, dass die Salze per os gegeben, dieselben Erfolge zeitigen. Solche Blutsalze werden in folgender Zusammensetzung als Antisklerosin hergestellt:

Rp.	Natr. chlor.	0,77
	Natr. sulfur.	0,08
	Calc. glycer. phosphor.	
	Magn. phosphor.	
	Natr. carbonic. āā	0,03
	Natr. phosphor.	0,025

Bei Fettleibigen, die zugleich arteriosklerotisch sind, ist nach Dr. Fiessinger (Paris) eine hauptsächlich aus Fleisch bestehende Nahrung dem laktovegetarianischen Régime entschieden vorzuziehen. Jedoch ist diese diätetische Behandlung nur in frühen Stadien der arteriosklerotischen Fettleibigkeit und dann bei solchen Kranken angezeigt, bei welchen eine Intoxikation mit Produkten der Fleischnahrung nicht zu befürchten ist, d. h. wenn keine Dyspnose während der Verdauungsperiode (Huchards dyspnée toxi-alimentaire), keine Kopfschmerzen, keine Albuminurie bestehen und wenn andererseits die Zeichen arterieller Hypertension deutlich hervortreten: harter, gespannter Puls mit Verstärkung des diastolischen Tones in der Aorta. In solchen Fällen verschreibt nun Fiessinger die Fleischdiät, aber mit der Warnung, bei der geringsten nächtlichen Dyspnoe (oder bei Zunahme einer schon früher vorhandenen dyspnée toxi-alimentaire), bei den ersten Anzeichen von Kopfschmerzen diese Ernährungsweise sofort zu sistieren. Bei dieser Vorsicht hätte man nichts zu befürchten. Wenn aber der Kranke die Fleischdiät gut verträgt, setzt man selbe natürlich fort. Bei der Anordnung der Diät folge man am besten der von Robin modifizierten Schweningerschen Methode: der Kranke verzehrt täglich 75 Gramm Brot, trinkt 3/4 bis 1 Liter heissen Tee und isst ad libitum Fleisch und gesottene grüne Gemüse.

Digitized by Google

Mehlspeisen, Fette und Zucker sind verboten. Der heisse Tee fördert die Verdauung und stillt genügend den Durst. Unter dem Einfluss dieser Ernährungsweise, welche bei Anwesenheit von Azoturie ebensogut wirkt, wie in Fällen, wo ein normales Quantum von Harnstoff ausgeschieden wird, fühlt sich der Arteriosklerotische sofort erleichtert: sein Gewicht nimmt rasch ab (durchschnittlich um zehn Kilogramm in drei Wochen). Dabei fühlt sich Patient um so wohler, als er weder an Hunger noch an Durst zu leiden hat. In späten Stadien der Fettleibigkeit, wenn das Herz dilatiert ist, schon erhebliche Ödeme bestehen, die Leber anschwillt und zu Symptomen arterieller Hypertension sich durch Nieren· insuffizienz bedingte Autointoxikationserscheinungen anschliessen, muss man natürlich zur Milchkur seine Zuflucht nehmen.

Über Arteriosklerose von Prof. Bollinger (Münch. med. Wochenschr. — Schm. Jahrb. 277. Bd. 1. H.). — Dr. Pineles über Stenokardie in der Gesellschaft für innere Medizin zu Wien (Med. Woche Nr. 23). — Die Behandlung der Arteriosklerose mit subkutanen Injektionen von anorganischem Serum von Prof. Truneček (Klin.-ther. Wochenschr. — Ther. Monatsh. 5. H.). — Die Behandlung der Arteriosklerose, Hemiplegie etc. von Dr. Levy (Presse méd. — Med. Neuigk. Nr. 14). — Dr. Fiessinger über Behandlung der Fettleibigen, die zugleich arteriosklerotisch sind in der Société de Thérapeutique zu Paris (Ther. d. Gegenw. 6. H.).

Asthma. Das Asthma ist nach Dr. Sihle eine Neurose im Gebiete der Respiration und Zirkulation. Vier Momente treten bei ihr hauptsächlich in Erscheinung. 1. Eine Hypertonie im Gebiete der glatten Muskulatur des Respirationsröhrensystems, 2. eine Hypotonie im Gebiete des Zirkulationsröhrensystems (inkl. Herz), 3. eine durch nervöse Vorgänge bedingte Bronchosekretion und 4. eine fluxionäre Hyperämie der gesamten Respirationsschleimhaut. Dem Ursprung nach unterscheidet der Verfasser 1. ein peripherigenes, 2. ein hämatogenes, 3. ein psychogenes resp. cerebrales Asthma. Bei der Behandlung des Asthmaanfalles verwendet Sihle folgende Komposition, wobei natürlich eine mittlere Dosierung gemeint ist.

Rp. Infus. fol. digital. 1,0 : 150,0
Heroin. mur. 0,06
Kal. jodati 5,0
M. D. S. 4—6 stdl. 1 Esslöffel.

Da sich eine solche Komposition jedoch leicht zersetzt, ist es ratsam, Digitalis für sich allein zu verschreiben. Die Digitalis dient bei dieser Medikation zur Bekämpfung der vasomotorischen Insuffizienz, resp. Gefässhypotonie und zwar erklärt der Verfasser die guten Erfolge, die er davon gesehen hat, hauptsächlich mit der gefässverengernden Wirkung des Mittels. Von Strophantus, Convallaria, Adonis vernalis war selten ein merklicher Einfluss zu konstatieren. Sind die Erscheinungen der vasomotorischen Insuffizienz sehr deutlich ausgesprochen, so kann ein grösserer Nutzen vom Digitoxin Merck erfolgen. Bei Fällen mit ausgesprochener Herzschwäche sowie bei kardialem Asthma sind Theobrominpräparate von unschätzbarem Wert. Das Heroin, das durch Kodein oder Dionin ersetzt werden kann, dient zur Bekämpfung des Bronchospasmus. Morphium kommt nur in den allerschwierigsten Fällen zur Anwendung. Den günstigen Einfluss des Jods erklärt der Verfasser vor allem durch die exspektorierende, weniger durch die resorbierende Wirkung des Mittels. Andere Exspektorantien sind meist wirkungslos. Bei Herzschwäche ist Jod kontraindiziert. Ist der Anfall abgeklungen, so gibt der Verfasser die Kombination, die sich als nützlich erwiesen hatte, noch monatelang täglich 1—2 mal. Wird dieselbe infolge von Angewöhnung mit der Zeit wirkungslos, so rät Sihle zu einem Versuch mit Atropin. Von sonstigen Medikamenten empfiehlt er nur noch den Arsenik, insbesondere die Kakodylsäurepräparate (Natr. cacodyl.) und warnt vor allen Narcoticis, die die Möglichkeit einer Verschlechterung der Herzarbeit darbieten (Chloralhydrat). Gegen die fluxionäre Hyperämie der Respirationsschleimhaut empfiehlt sich methodische, allmählich niedriger temperierte Wasseranwendung, wodurch eine Abhärtung, d. h. eine Abnahme der Fluxion zu den inneren Organen erzielt wird. Von Wichtigkeit sind ferner methodische Atmungsübungen am Waldenburgschen oder ähnlichen Ap-

Digitized by Google

paraten oder auch ohne solche. Ausserdem soll die Zeit der Asthmaintervalle dazu benutzt werden, um eventuelle periphere Reizpunkte, Diätfehler, sowie erhöhte Magendarmfüllung aufzufinden und zu beseitigen. Bei den psychogen bedingten Fällen, wo oft trotz rationell eingeleiteter Behandlung der Erfolg ausbleibt, kann, wie der Verfasser an der Hand eines ausführlich mitgeteilten sehr instruktiven Falles illustriert, nur eine auf psychologischer Analyse des Kranken beruhende suggestive Therapie Nutzen schaffen.

Dr. Francis nimmt in jedem Falle von Asthma, auch bei anscheinend gesunder Nase, eine Kauterisation des Septums vor und fast stets mit gutem Erfolg, wie die grosse Zahl seiner Erfahrungen zeigt. Er hat manchmal gefunden, dass die asthmatischen Beschwerden nach Entfernung von Polypen oder Schwellungen der Muscheln noch nicht gehoben sind, während er andererseits in Fällen, wo er einen Polypen unberührt liess und nur das Septum kauterisierte, den besten Erfolg erzielte. Nach dieser Methode gelang es ihm, das Asthma auch in solchen Fällen zu heilen, wo es einen gastrischen, kardialen oder bronchialen Ursprung zu haben schien.

Dr. Tilley bezweifelt, dass die Kauterisation allein in allen Fällen helfen könne, da er in manchen Fällen trotz ausgiebiger Kauterisation keinen Erfolg gesehen habe.

Zur Pathologie und Therapie des Asthmas von Dr. Sihle (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 4. — Ärztl. Praxis Nr. 6). — Dr. Francis und Dr. Tilley über nasale Behandlung des Asthma in der Clinical society of London (Ther. Monatsh. 9. H.).

B.

Balneo-, Hydro- und Klimatotherapie. Die Wirkung kurzdauernder Duschen und Bäder auf den respiratorischen Gaswechsel beim Menschen studierte Prof. Rubner (Berlin). Es stellte sich heraus, dass bei den Applikationen von Duschen das geatmete Luftvolumen bedeutend zunahm, besonders stark war die Kohlensäureausscheidung. Der respiratorische Quotient hatte sich im Sinne lebhafter Kohlehydratverbrennung verschoben. Im Gegensatz zu den Wirkungen der Bäder, die in derselben Weise wie in der Praxis ausgeführt werden, wirkt die Dusche über doppelt so stark wie ein Bad von gleicher Dauer und gleicher Temperatur. Am wirksamsten ist ein Bad von 16°. Bei 30° nimmt die Vermehrung der Kohlensäureausscheidung und der Sauerstoffaufnahme bereits ab; bei 33° ist das Bad als indifferent anzusehen; bei 40° und höheren Graden nimmt Atmung, Kohlensäureproduktion und Sauerstoffzehrung wieder zu. Der respiratorische Quotient zeigt überall eine kleine Zunahme. Wenn auch bei der experimentellen Untersuchung die Nachwirkung der Bäder und Duschen nicht allzu deutlich in die Augen fällt, so ist sie zweifellos vorhanden und kann nach einer Stunde sicher noch nachgewiesen werden.

Über den Einfluss kalter hydriatischer Prozeduren auf den Blutdruck hat Dr. Bruck Untersuchungen angestellt. Die Resultate Brucks sind kurz die folgenden: Extrem kalte Vollbäder (8° C) bringen schon nach einer halben Minute Dauer, Vollbäder von ca. 13—16° erst bei einer Minute, noch höher temperierte (20—22°) erst bei zwei Minuten und längerer Dauer eine Drucksteigerung hervor. Dagegen erfolgt bei Bädern von 10—19° und einer Dauer von einer halben Minute, sowie bei solchen von 20—22° und einer Minute Dauer eine beträchtliche Druckherabsetzung. Nach allmählich abgekühlten Ziemssenschen Halbbädern von fünf Minuten Dauer konstatierte Bruck fast immer eine Druckherabsetzung, nur in einzelnen Fällen, in denen die Patienten das Bad schlecht vertragen, war der Druck nachher erhöht. Nach Abreibungen und Abklatschungen

Digitized by Google

war der arterielle Druck gleichfalls erniedrigt. Milde hydriatische Prozeduren bewirken also bei kurzer Einwirkung konstant eine Blutdruckherabsetzung, während sie bei längerer Dauer eine Blutdruckerhöhung hervorrufen.

Dr. Loebel (Dorna) hat sechs Individuen 30 Moorbäder von 40 Minuten Dauer verabreicht, den Blutdruck im Bade von 5 zu 5 Minuten, dann 2 und 8 Stunden nach dem Bade gemessen. Bei 37° Badetemperatur trat während des Bades eine Blutdruckreduktion von 30—40 mm ein, bei höheren Temperaturen eine Reduktion von 50—70 mm. Bei Temperaturen unter 39° trat nach dem Bade eine Steigerung, 6—8 Stunden später eine Depression des Blutdruckes ein. Bei Bädern über 39° war der tiefste Stand des Blutdruckes am Ende des Bades. Nach 2—3 Stunden bestand immer noch ein Minus. Nach 6—8 Stunden zeigte sich eine Überschreitung des Anfangsdruckes von 5 bis 15 mm. Die Bäder unter 39° ergaben am nächsten und zweitnächsten Tage und noch mehr am dritten eine Depression, die Bäder über 39° umgekehrt eine Steigerung des Blutdruckes vor dem zweiten und noch mehr vor dem dritten Bade.

An der inneren Abteilung von Dr. v. Dunin im Krankenhause „Kindlein Jesu" zu Warschau stellte Dr. v. Rzetkowski Untersuchungen über den Einfluss des Schwitzens auf die Blutzusammensetzung an. Aus denselben glaubt Autor folgendes schliessen zu können: 1. Die unter dem Einfluss der Erwärmung einer grossen Körperoberfläche auftretende Erweiterung peripherer Gefässe verursacht zunächst einen Flüssigkeitszufluss von aussen in das Gefässsystem. 2. Diese Flüssigkeitsmenge kann den Wasserverlust, welchen das Blut erlitten hat, übersteigen und demzufolge kann das spezifische Gewicht des Serums und des Gesamtblutes anstatt einer Eindickung eine Blutverdünnung aufweisen, trotzdem grosse Schweissmengen ausgeschieden waren. 3. Der Flüssigkeitszufluss zu dem Gefässsysteme verursacht eine gesteigerte Zufuhr roter Blutkörperchen aus den blutbildenden Organen, welche die normalen Verhältnisse zwischen den flüssigen und zelligen Bestandteilen des Blutes, momentan durch die Vermehrung der ersteren gestört, wiederherzustellen bestrebt ist. Dieses letzte Resultat belehrt uns, dass die blutbildenden Organe gleich anderen Bestandteilen des menschlichen Organismus einer Selbstregulierung ihrer Funktion fähig sind, resp. sich quantitativ den momentan veränderten Verhältnissen anpassen können. Diese Selbstregulierung bestrebt die Erhaltung der Norm, d. h. der für die Erhaltung des Organismus günstigsten Verhältnisse im status quo.

Bezüglich der thermischen Wirkung von Salzen auf die Haut glaubt Dr. Frankenhäuser (Berlin) den Nachweis erbracht zu haben, dass die Salze ihre Wirksamkeit auf den Körper ausüben, gerade weil sie nicht in denselben eindringen, sondern sich auf der Haut ausbreiten, ihr anhaften, und ihre physikalische Oberfläche verändern. Ihre Wirkung ist also keine chemische, sondern eine physikalische. Und zwar ist sie eine ganz eigenartige Wärmewirkung. Während Wasser der gewöhnlichen Atmosphäre rasch verdunstet, verdunsten wässrige Salzlösungen langsamer, die Verdunstung wird unter Umständen gleich Null, ja es kann infolge der Anziehungskraft zwischen Salz und Wasser an Stelle der Verdunstung die Aufnahme von Wasser aus der Luft treten, wie wir das bei allen sogenannten zerfliesslichen Salzen täglich beobachten. Nun wird durch Verdunstung Abkühlung, durch Kondensation von Wasser umgekehrt Erwärmung erzielt. Das geschilderte Verhalten von Salzlösungen macht sich daher unmittelbar durch Einwirkung auf das Thermometer geltend. So zeigte z. B. bei einer Lufttemperatur von 14,5° C ein mit Wasser befeuchtetes Thermometer 13,0° C, ein mit Kreuznacher Mutterlauge befeuchtetes Thermometer aber 15,25° C. Frankenhäuser zeigte, dass die Salze tatsächlich diese Wirkung auch auf der Haut entfalten, und zwar desto energischer, je höher die äussere Luftfeuchtigkeit stieg. Es würde sich also der Patient im Laufe der Badekur mit einem nach und nach immer wirksamer werdenden Mantel zu umgeben haben, der die Wärme- und Wasserabgabe von der Haut vermindert, die Temperaturschwankungen mildert, eine

Digitized by Google

bessere Durchblutung der Haut und dadurch gleichzeitig eine Entlastung des Blutgefässsystems ermöglicht.

In dem russischen Kurorte Starája Russa stellte Dr. Makawew vergleichende thermometrische Messungen bei den verschiedenen dort gebräuchlichen Bädern — verdünnte und reine Schlammvollbäder, Solvollbäder, alle von 32° R Temperatur — an und kommt dabei kurz zu folgenden Schlüssen: Diese Bäder erhöhen sämtlich sowohl die Achselhöhlentemperatur, als auch die Innentemperatur des Körpers und wirken steigernd auf die Pulsfrequenz. Am stärksten wirken in dieser Beziehung die verdünnten Schlammvollbäder, dann Solvollbäder, bedeutend schwächer reine Schlammvollbäder. Die Schlammsitzbäder von 32° R wirken viel weniger auf Körpertemperatur und Puls ein als die Vollbäder. In sämtlichen genannten Bädern steigt die Aussentemperatur des Körpers viel mehr als die Innentemperatur. Was das Material, aus denen die Badewannen gebaut sein sollen, betrifft, so gibt Makawew dem Holze im allgemeinen den Vorzug.

Dr. Steinsberg (Franzensbad) sieht in den Franzensbader Moorbädern einen Faktor der Ruhe- und Erholungstherapie, und vertritt die Auffassung, dass die Spezifität der Moorbäder nur im Rahmen ihrer Indifferenzzone liegt, als welche er die in Franzensbad üblichen Temperaturen zwischen 26 und 30,5° R, bei dünner und halbdichter Konsistenz nachweisen konnte. In dieser Form seien diese Moorbäder nicht nur bei Frauenleiden und Konstitutionsanomalien, sondern auch bei Herz- und Gefässerkrankungen nützlich. Hochtemperierte und sehr dichte Moorbäder sind anderen hyperthermischen Prozeduren an die Seite zu stellen.

Dr. Tschlenoff stellt folgende Indikationen der Sitzbäder auf: Das kurze kalte Sitzbad (8—15° R von 3—5, höchstens 10 Minuten Dauer) ist indiziert bei Schwächezuständen der männlichen Sexualorgane, bei spärlichen Menstruationen des Weibes, Amenorrhöen, auf Anämie beruhendem Fluor albus, Erschlaffung der Gebärmutter, ferner bei chronischen Zuständen des Magen-Darmkanals (Stuhlverstopfung, Blähungen etc.), Katarrhen dieses Organes mit motorischer Schwäche und mangelhafter Magensekretion, bei paretischen Zuständen der Blasenmuskeln, Schwäche des Sphincter ani und Rektumprolaps; nach Rügler auch bei atonischen Gebärmutterblutungen, vor und namentlich nach der Ausstossung der Placenta (10° und 1 Minute Dauer); endlich bei Stauungen in den Unterleibsorganen (Leber) und als Ableitungsprozedur bei Kongestionen zu den Organen des Oberkörpers, z. B. bei Leuten, die geistig viel tätig sind. Kontraindiziert sind die kurzen, kalten Sitzbäder bei akuten Entzündungen und bei Erkrankungen der Unterleibs-, Becken- und Geschlechtsorgane. Länger dauernde kalte Sitzbäder (8—15° R, 10—30 Minuten Dauer und noch länger) sind indiziert bei Blutungen und Entzündungen der Becken- und Unterleibsorgane, nach Winternitz mit einer vorausgehenden, energischen, feuchten Abreibung bei Diarrhöen, selbst bei den schwersten Formen mit dysenterischen Prozessen, indem durch diese Sitzbäder die Hyperämie der Darmschleimhaut, die erhöhte Peristaltik und gesteigerte Sekretion in dem Darm bekämpft werden. Kontraindiziert sind sie bei kolikartigen Schmerzen in den Unterleibsorganen und bei Blasenkatarrhen mit Tenesmen. Die dritte Form der Sitzbäder ist die mit Wasser von 24—26° bis etwa zu 16° R und 5—20 Minuten Dauer. Diese kühlen oder temperierten Sitzbäder sind eine milde Form der kurzen kalten Sitzbäder und ist ihre Wirkung eine ähnliche. Die warmen und heissen Sitzbäder endlich (26—31° R, ½ Stunde Dauer und länger) nützen bei kolikartigen Schmerzen und Krampfformen der Beckenorgane und Geschlechtsteile.

Dr. Buxbaum (Wien) äussert sich zur Abhärtungsfrage wie folgt: Säuglinge und Greise dürfen dem üblichen Abhärtungsverfahren nicht unterzogen werden; hier muss das Prinzip der Schonung in den Vordergrund der Erwägungen gestellt werden. Man beginne die Abhärtung in der geläufigen Auffassung nach vollendetem ersten Jahr, wenn die somatischen Verhältnisse es gestatten, hüte sich jedoch einerseits mit zu niedrigen Temperaturen vorzugehen, die überhaupt im Kindesalter vermieden werden sollen,

Digitized by Google

beachte andererseits, dass die Anwendung eines warmen Bades kein Abhärtungsverfahren darstellt. Sowie die Absicht besteht, die Abhärtung vorzunehmen, muss sofort mit thermischen Kontrasten begonnen werden. Nichts wäre jedoch verfehlter, als mit grossen Temperaturdifferenzen vorzugehen. Eine Temperaturdifferenz von einigen Graden genügt vollkommen, um eine Reaktion zu erzielen, deren Auftreten ist jedoch unerlässlich. Die Dauer der Prozedur sei möglichst kurz. Bezüglich der Zahl der täglich vorzunehmenden Applikationen ist Verfasser entschieden der Ansicht, dass ein einmaliges, und zwar des Morgens vorgenommenes Verfahren am geeignetsten zur Erzielung des gewünschten Erfolges sei. Die abendlichen Aktionen hält Verfasser entschieden für unzweckmässig und ist der Überzeugung, dass diese abendlichen Prozeduren namentlich bei Kindern jene schädlichen Folgen bewirken, welche die Abhärtung bei so vielen Ärzten und Laien in Misskredit gebracht haben. Man unterscheide milde und strenge Abhärtung im Kindesalter. Was die Applikationsform anlangt, so eignet sich für das Kindesalter am besten das Bad in den verschiedenen entsprechenden Temperaturen mit darauffolgenden kurzen Übergiessungen, ferner die Teil- und Ganzabreibungen. Die Duschen hält Verfasser für unzweckmässig wegen des zu starken Nervenreizes. Hat man es mit verweichlichten Erwachsenen zu tun, dann kann man ebenfalls in der verschiedensten Weise vorgehen, um das Ziel der Abhärtung zu erreichen. Verfasser würde partielle und ganz feuchte Abreibungen nach entsprechender Erwärmung allen anderen Verfahren vorziehen, wenn diese nicht aus anderen Gründen in den meisten Fällen undurchführbar wären. Die behufs Abhärtung vorzunehmenden Prozeduren müssen ohne technische Schwierigkeiten durchgeführt werden können. Deshalb sind wechselwarme Duschen, Waschungen, kurze Tauchbäder unmittelbar aus der Bettwärme die geeignetsten Prozeduren. Auch hier ist vor jeder Übertreibung zu warnen und das beste Mittel, um Übertreibungen hintanzuhalten, ist die Berücksichtigung des Gesundheits- und Ernährungszustandes. Verfasser hat es oft gesehen, dass die Abhärtung im Stadium der Rekonvaleszenz mit einem unerklärlichen Fanatismus begonnen wird. Das sind Übertreibungen, deren üble Folgen selten ausbleiben. Bei welcher Witterung soll mit der Abhärtung begonnen werden und soll das Verfahren auch in strenger Winterkälte fortgesetzt werden? Das sind Fragen, die im allgemeinen nicht beantwortet werden können, aber in jedem Einzelfalle berücksichtigt werden sollen. Die zweite Frage darf in den meisten Fällen bejaht werden. Wenn mit der nötigen Vorsicht, namentlich bezüglich des Verhaltens nach der Applikation, vorgegangen wird, dann ist das Risiko einer Fortsetzung des begonnenen Verfahrens keinesfalls grösser, als das der Unterbrechung.

Dr. Meyer (Berlin) hat mit den von Höglauer konstruierten Bade-Einrichtungen, deren Prinzip in der Erzeugung eines kräftigen Wellenschlages mittelst eines elektrisch betriebenen Pendels besteht, hauptsächlich an Neurasthenikern, dann an nervösen Personen mit Obstipation, ferner bei Fettleibigen Badekuren unternommen. Höhere Temperaturen als 32° C wurden bei den Wellenbädern, deren Einfluss auf die krankhaften Erscheinungen ein sehr guter war, nicht angewendet. Die Einrichtung der sogen. künstlichen Fluss- und Quellenbäder bezweckt die Herstellung eines gleichmässigen Wasserstromes, wobei eine milde Massage erzielt wird. Auch diese Bäder wirkten auf Neurastheniker und Kranke mit rheumatischen Schmerzen sehr günstig, so dass Verfasser diesen Einrichtungen einen dauernden Platz in der Hydrotherapie einräumt.

Dr. Fisch (Franzensbad) hat durch Dr. Sedlitzky in Hallein bei Salzburg ein System von 20 Kohlensäurebäderzusätzen fabrizieren lassen, die eine rationelle und systematische Abstufung sowohl in der im Badewasser zur Entwickelung gelangenden Kohlensäuremenge, als auch im Salzgehalt gestatten. Die Dosierung des Salz- und Kohlensäuregehaltes erscheint nach Auflösung der einzelnen Bäderzusätze im Badewasser derartig systematisch geregelt, dass die so her-

Digitized by Google

gestellten Bäder in der angeführten Reihenfolge unter Einhaltung aller erforderlichen Kautelen und bei Beachtung der vom behandelnden Arzt anzugebenden Verordnung gebraucht, einen allmählichen und den Patienten nur wohltuenden, sicherlich nicht unangenehm oder schädlich beeinflussenden Übergang von dem schwächsten, d. h. weniger differenten Bade zum stärksten, d. h. mehr differenten Bade gestatten. Das System „Dosierte Kohlensäurebäder" stellt also eine Serie von 20 verschiedenen Bädern dar, welche bezüglich ihres Salz- und Kohlensäuregehaltes methodische Abstufungen zeigen. Die Badedauer, sowie die Bädertemperatur ist von dem behandelnden Arzte je nach dem individuellen Falle zu regeln, und zwar: mit der Abstufung von 8—25 Minuten und bei 28°—22° R Temperatur. Bezüglich des Verhaltens im Bad ist es ratsam, darin während der vorgeschriebenen Badedauer sich womöglich ganz ruhig zu verhalten. Auch ist es empfehlenswert, die Badewanne während der Badedauer in den kohlensäurereicheren Bädern derart ganz mit einem Laken zu bedecken, dass bloss der Kopf des Badenden frei zu sehen ist.

Prof. Cloetta veröffentlicht folgende Methode zur Herstellung kohlensaurer Bäder: Man lässt aus einem Irrigator eine Lösung von $NaHSO_4$ auf den Boden der (schon mit Wasser gefüllten) Badewanne laufen und streut $NaHCO_3$ gleichmässig auf die Oberfläche.

Im Verein für innere Medizin in Berlin sprach Dr. Löwy über die Wirkung des Höhen- und Seeklimas auf den Menschen. Die physiologische Wirkung der Höhenluft ist nicht allein durch die Luftverdünnung erklärt, sondern es kommen noch andere Faktoren zu, so die Insolation und die Luftbewegung. Die Luftverdünnung selbst hat einen sicheren Einfluss auf die Blutbildung, welcher besonders dadurch einwandsfrei nachgewiesen ist, dass Versuchstiere im Hochgebirge eine Vermehrung des Gesamthämoglobingehaltes zeigen. Bei der Rückkehr in die Ebene geht der Hämoglobingehalt allmählich auf die Norm oder fast auf die Norm zurück. Die Anregung des Stoffwechsels, gemessen durch den Sauerstoffverbrauch, ist individuellen Schwankungen unterworfen. Da nun die neben der Luftverdünnung wichtigen Faktoren des Gebirgsklimas sich im Seeklima wiederfinden, so untersuchte Verfasser, ob sich im Seeklima ähnliche Anregungen des Stoffwechsels zeigten, und kam auch hier zu einem positiven Resultat, welches allerdings individuell verschieden war. Dabei wurde die direkte Einwirkung der Strandluft ausgeschlossen und die Versuche am ruhenden Menschen des Morgens gemacht. Es zeigte sich also, dass bei verschiedenen Individuen die gleiche Anregung des Stoffwechsels bald durch Seeklima, bald durch Höhenklima in einer nicht vorauszusagenden Weise hervorgebracht wird.

Prof. Zuntz betont, dass man aus der ähnlichen Wirkung des Höhen- und Seeklimas nichts schliessen darf, dass beide Klimate aus gleichen Ursachen wirken. Da beim Stoffwechsel nur zwei Möglichkeiten bestehen, Vermehrung oder Verminderung, so können die verschiedensten Ursachen die gleiche Wirkung haben.

Dr. Weber (Norderney) schildert die wohltätigen Einflüsse des Nordseeklimas und der Nordseebäder auf den Stoffwechsel und die Gesamtkonstitution, sowie die Wirkung der missbräuchlichen Anwendung dieser Heilfaktoren. Bei Nervenkranken ist in dieser Beziehung besondere Vorsicht und ärztliche Überwachung notwendig. Nicht nach der Nordsee gehören Kranke mit Neigung zu Gehirn-, Lungen-, Magenblutungen, schweren Herzleiden, schweren inneren Organerkrankungen, Geisteskranke, Epileptiker, Neurastheniker und Hysterische mit starken Erregungszuständen. Dagegen wirkt der Nordseeaufenthalt ausserordentlich günstig bei allen allgemeinen Neurosen und leichten Hysterien, Neuralgien, Anästhesien, Paresen, Tic général, Morbus Basedowii, Paralysis agitans, Tabes, spastischen Spinalparalysen, multiplen Sklerosen usw.

Nach Prof. Robin (Paris) eignet sich der Aufenthalt am Meere für Individuen, deren Stoffwechsel darniederliegt, nicht aber für solche, deren Blutdruck schon von vornherein im pathologischen Sinne gesteigert ist, also mithin für anämische, lymphatische, skrofulöse Individuen, gewisse Neurastheniker mit ge-

Digitized by Google

schwächter Ernährung und alle die, deren Stoffwechsel zu heben notwendig ist. Er passt daher auch für Rachitis, und eine Anzahl von Knochenerkrankungen; Tuberkulöse sind im Prinzip auszuscheiden, nur die mit normalem oder nur wenig geschwächtem Stoffwechsel, mit vernarbten Stellen wird man an geschützten klimatischen Stationen mit Erfolg der Einwirkung der Seeluft aussetzen können. Seebäder, deren stimulierende Wirkung auf den Organaustausch wesentlich höher ist, sind in allen den Fällen indiziert, wo es gilt, diese Prozesse zu steigern und kontraindiziert überall da, wo schon gesteigerte Oxydationsvorgänge vorhanden sind. Sie eignen sich ebenfalls für rachitische, lymphatische, skrofulöse Individuen, bei anämischen und chlorotischen, deren Anämie mit Verlangsamung der Oxydationsvorgänge einhergeht, und mit derselben Einschränkung auch bei Fettleibigen, Gichtikern und bei chronischen Autointoxikationen gastrointestinalen Ursprungs, Neurasthenikern und Neurosen, gewissen Diabetikern.

Über den Einfluss des Aufenthaltes am Meeresufer und die Seebehandlung im allgemeinen auf den Herzgefässapparat berichtet Dr. Fiessinger (Paris). Die Pseudoherzfehler — dyspeptische oder nervöse — können Seeklima vertragen, respektive Bäder von Meerwasser nehmen, wenn deren Temperatur und Art dem Zustand des Kranken angepasst sind. Ist das Nervensystem aber sehr geschwächt oder sehr reizbar, so sollen sie sich derselben enthalten. Bei den echten Herzfehlern ist die Seekur oft sehr günstig. Bei den Herzklappenfehlern wird man im Stadium der Kompensation oder selbst der Hyposystolie Bäder von verdünntem oder lauwarmem Meerwasser anwenden können. Selbst kalte Bäder werden bei gut kompensierten Herzklappenfehlern vertragen. Bei Erkältungsgefahr und Gefahr von hereinbrechendem Gelenkrheumatismus und konsekutiver Endokarditis wird man natürlich auf die kalten Bäder verzichten. Aus diesem Grunde wird man auch die flachen Küsten des mittelländischen Meeres zur kalten Jahreszeit meiden. Klappenfehler in der systolischen Periode werden ungünstig vom Meeresklima beeinflusst. Auf arteriellen Veränderungen beruhende Herzfehler kann man im Anfang ihres Entstehens ans Meer schicken, und zwar an windgeschützte Plätze der mittelländischen Küste. Sie werden ganz kurze, lauwarme Bäder im verdünnten Meerwasser nehmen können. Aneurysma bildet eine Kontraindikation gegen Seebäder.

Die wesentlichsten Erfolge der Deutschen Seehospize bestehen nach Dr. Kellers (Bonn) Anschauung in dem Verschwinden der nervösen Beschwerden bei neuropathisch belasteten Kindern (in Zusammenhang mit der Anstaltsbehandlung), in der günstigen Beeinflussung der Respirationserkrankungen durch die relative Keim- und Staubfreiheit der Luft, sowie die Gleichmässigkeit der Temperatur und vor allem in der Erzielung erheblicher Körpergewichtszunahmen bei Kindern aus arm.en und wohlhabenden Familien. Bei erholungsbedürftigen und rekonvaleszenten Kindern werden infolgedessen gute Erfolge erzielt, aber diese sind von kurzer Dauer. Bei Tuberkulose und Skrofulose kommt es zu einer Besserung des Allgemeinbefindens, zu einem vorübergehenden Verschwinden einzelner Symptome, aber von einer Heilung kann keine Rede sein. Ein Vergleich mit den ausländischen Hospizen fällt zu ungunsten der deutschen aus. Bleibt die Kurdauer in den letzteren auf sechs Wochen beschränkt, dann sind die Seehospize nicht besser als die Ferienkolonien, nur viel kostspieliger. Stellt man aber an die Hospize grössere Aufgaben, und zwar eine ernsthafte Bekämpfung der Skrofulo-Tuberkulose, dann sind notwendig: 1. eine sorgfältige Auslese des Materials, vor allem der unentgeltlich aufgenommenen Kinder, 2. eine erheblich längere Kurdauer, 3. Durchführung des Winterbetriebes in grösserem Massstabe, 4. dauernde ärztliche Beobachtung der Kinder auch nach der Entlassung aus der Heilstätte.

Die Wirkung kurzdauernder Duschen und Bäder auf den respiratorischen Gaswechsel beim Menschen von Prof. Rubner (Arch. f. Hyg. 46. Bd. 4. H. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 22). — Über den Einfluss kalter hydriatischer Prozeduren auf den Blutdruck von Dr. Bruck (Zentralbl. f. d. ges. Ther. 8 H.). — Dr. Loebel über blutdruckreduzierende Wirkung der Moorbäder in der Balneologischen Versammlung zu Berlin (Zeitschr.

Digitized by Google

f. diät. und phys. Ther. 7. Bd. 1. H.). — Über den Einfluss des Schwitzens auf die Blutzusammensetzung von Dr. v. Rzetkowski (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 7. Bd. 3. H.) — Dr Frankenhäuser über die thermische Wirkung von Salzen auf die Haut auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Kassel (Ther. d. Gegenw. 10. H.). — Über die Veränderung der Körpertemperatur und des Pulses unter dem Einflusse verschiedener Wannenbäder gleicher Temperatur etc. von Dr. Makawew (Allg. med. Zentral-Ztg. — Zeitschr. f. diät u. phys. Ther. 7. Bd. 5. H.). — Dr. Steinsberg über die Wirkung der Franzensbader Moorbäder auf dem Balneologenkongresse zu Berlin (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 7. Bd. 1. H.). — Die Sitzbäder von Dr. Tschlenoff (Korresp.-Bl. f Schw. Ärzte. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 2. H.). — Zur Frage der Abhärtung von Dr. Buxbaum (Med. Blätter Nr. 3). — Über Erfahrungen mit den Höglauerschen Wellen- und Quellbädern von Dr. Meyer (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 50. — Dosierte, künstliche Kohlensäurebäder von Dr. Fisch (Prag. med. Wochenschr. Nr. 34). — Über die Herstellung kohlensaurer Bäder von Prof. Cloetta (Korresp.-Bl. f. Schw. Ärzte Nr. 14). Dr. Löwy und Prof Zuntz über die Wirkung der Höhen- und Seeklimas auf den Menschen im Verein für innere Medizin zu Berlin (Med. Woche Nr. 50). — Dr. Weber über die Indikationen der Nordsee bei Nervenkrankheiten auf dem Balneologenkongresse zu Berlin (Zeitschr. f. diät. und phys. Ther. 7. Bd. 1. H.). — Prof. Robin über den Einfluss des Meeresklimas auf den Stoffwechsel auf dem Kongresse für Thalassotherapie zu Biarritz (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 7. Bd. 3. H.). - Dr. Fiessinger über den Einfluss des Aufenthaltes am Meeresufer und der Seebehandlung im allgemeinen auf den Herzgefässapparat ebendaselbst (Ebendaselbst). — Dr. Keller über Erfolge und Organisation der Seehospize auf der Naturforscherversammlung zu Kassel (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 45).

Bartflechten. Dr. Jessner erörtert die parasitäre, durch den Trichophyton tonsurans bedingte Sykosis und die vulgäre, kokkogene Form der Bartflechten. Bei dem bekannten epidemischen und endemischen Auftreten der Trichophytie des Bartes (ausgehend von Barbierstuben) hat die Behandlung eigentlich schon bei der Prophylaxe einzusetzen, in dieser Hinsicht sind vielfach hygienische Massnahmen für die Rasierstuben zur Empfehlung gelangt, die aber immer noch nicht mit der gebotenen Strenge beobachtet und eingehalten werden. Aus der Folge bewährter Heilprozeduren gibt Verfasser einigen einen besonderen Vorzug; so hat sich ihm namentlich in leichteren Fällen das Epikarin in spirituöser Lösung (10%) und in Verbindung mit Spiritus saponatus kalinus

Rp. Epikarin 5,0
Sapon. kalin. 30,0
Spirit. colon. 5,0
Spiritus 15,0

nützlich erwiesen. Den gleichen Dienst erweisen alkoholische Resorzinlösungen (29%) und Schälpasten. Die sich etablierende Exfoliation besorgt die regste Abstossung der die Hornschicht durchsetzenden Pilzgeflechte. Bei Tiefgang des Prozesses, namentlich wenn es zu follikulärer Knotenbildung gekommen ist, tritt die gründlichste Epilation und Schlitzung der abszedierenden Knoten in den Behandlungsplan. Grösseren Widerstand setzt die Sykosis vulgaris den Heilversuchen entgegen. Schwefeltannin-, Ichthyol- oder Tumenolpasten können hier ins Feld geführt werden. Eine Medikation, von der Verfasser schnellen Erfolg sah, ist folgende:

Rp. Hydrarg. oleinic. (5%) 5,0
Ichthyol
Acid. salicyl.
Zinc. oxyd.
Amyl. ää 0,5
Vaselin. flav. americ. 5,0

Die in neuerer Zeit gegen alle Hautkrankheiten herangezogene Radiotherapie, für welche insbesondere die Sykosis ein dankbares Wirkungsfeld zu eröffnen schien, hat auch Verfasser zu erproben versucht, kann sich aber für dieselbe nicht erwärmen. Rezidive gibt es nach der Radiotherapie nicht minder, als nach anderen minder umständlichen Verfahren, dagegen die nicht zu seltene Möglichkeit, den gewiss sehr lästigen follikulären Prozess gegen langwierige diffuse, zur Hautatrophie führende Dermatitiden einzutauschen.

Bartflechten und Flechten im Barte von Dr. Jessner (Demat. Vortr. 10. H.). — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 6. H.).

Bauchbinden. Grundregeln für die Anfertigung von Bauchbinden gibt Dr. Becker (Hildesheim). Jede Binde muss nach Autor unbedingt nach Mass angefertigt werden. Diese Forderung lässt sich in allen grösseren, zumal Universitätsstädten, wo geschickte Bandagisten am Platze sind, leicht erfüllen. Übel daran sind aber die Ärzte in mitt-

Digitized by Google

leren und kleinen Städten, wo der Bandagist ausnahmslos Wiederverkäufer ist und ungern sich zur Selbstanfertigung von Binden herbeilässt, weil ihm die nötigen Vorkenntnisse abgehen. Unter solchen Umständen kam Verfasser auf den Gedanken, die Bauchbinden nicht mehr vom Bandagisten, sondern von der Korsettière herstellen zu lassen, und fand bei dieser eine viel bessere Vorbildung und viel grösseres Verständnis vor. Gleichzeitig war für ihr die Mode der sog. „Frackkorsetts" bestimmend, denen nachgerühmt wird, dass sie „eine elegante Figur und schlanke Hüften" machen. Dieselben bieten ausserdem den grossen Vorteil, dass sie von den Brüsten bis zum Hüftknochen hinabreichen und somit Korsett und Bauchbinde vereinigen. Denn er hatte oftmals die Beobachtung gemacht, dass der tadellose Sitz der letzteren durch ein darüber getragenes unzweckmässiges Korsett wieder zu nichte gemacht wurde. Indem Verfasser also im allgemeinen den Schnitt des Frackkorsetts zu grunde legte, bedurfte es nur einiger dem chirurgischen Zwecke angepasster Abänderungen. Vorn mussten die bekannten Stahlstangen mit Knöpfen und Ösen, die sog. „Korsettschliesser", fortfallen, weil sie die Operationsnarbe drücken würden. Die Bandage besteht vielmehr, wie die Hoffasche, vorn aus einem Stück. Hinten befindet sich neben zwei längs verlaufenden Stahlstangen die Schnürung. Sie wird in der Art angelegt, dass die Schnürung gelockert und nun die Binde über Kopf, Hals und Brust nach abwärts gezogen wird. Dann werden die Schnüre fest angezogen, am kräftigsten in Hüfthöhe. Die Anbringung einer Lasche unter der Schnürung ist nicht ratsam, weil sie sich beim Überstreifen über den Kopf stets in Falten legt und beim späteren Anziehen der Schnüre Druckspuren in der Haut hervorruft. Um einen festen Anschluss in Hüfthöhe zu erzielen, wird beiderseits aus der seitlichen Bahn ein dreieckiger Zwickel herausgeschnitten und je nach der Stärke der Hüfte ein entsprechend grösserer Keil an seine Stelle gesetzt. Hierdurch wird die Rundung der Hüfte erzielt. Um ein Abstehen des mittleren Zipfels in der Schambeingegend zu vermeiden, werden die Bahnen hier abgeschrägt. In der Leistengegend muss die Bandage durch eine gerade Linie, entsprechend der Leistenfalte, abschneiden und nicht wie beim Frackkorsett nach oben ausgeschweift werden, weil sonst beim sitzenden Patienten die Bauchhaut beziehungsweise die Baucheingeweide sich vorwölben und in schmerzhafter Weise eingeklemmt werden. Verfasser hat deshalb hier ein 4—5 cm breites Gummiband an der Unterseite der Bandage angebracht, welches sich von der Gegend des Darmbeinstachels bis zur Schossfuge ausspannt und dadurch einen unbedingt festen Anschluss gewährleistet. Hierdurch wird das Hochrutschen der Binde sicher verhütet. Als Stoff wird Satindrell oder Leinendrell verwendet.

Grundregeln für die Anfertigung von Bruchbinden von Dr. Becker (Die Krankenpfl. 6. H. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 17).

Beckenhochlagerung. Prof. Kraske (Freiburg) berichtet über die Gefahren der Beckenhochlagerung. Zu diesen gehören Lähmung des Nervus peroneus, Emphysem der Bauchdecken bei Laparatomien, allerdings ohne dauernden Schaden. Wichtiger schien ihm jedoch die erhebliche Veränderung in den durch die Beckenhochlagerung bedingten Zirkulationsverhältnissen zu sein, wenn schon Erkrankungen derselben bestehen. In zwei Fällen, bei denen schon eine Myokarditis bestand, — es wurde mit Äther narkotisiert — verschlimmerte sich dieselbe kurz nach der Operation zusehends und führte zum Exitus. Kraske glaubt eine durch den bei der Beckenhochlagerung bedingten grossen Blutdruck akute Dilatation des Herzens annehmen zu müssen. Bei einem dritten Fall hat er einen 4 Tage lang bestehenden Darmverschluss nach Sectio alta gesehen, der am fünften in Heilung überging. Bei einem vierten Fall mit denselben Erscheinungen, die stürmischer waren, am dritten Tage schon fast reines und reichliches Bluterbrechen zeigten, machte er den Bauch auf, fand das gesamte Netz zu einem Klumpen geballt unter der Leber liegen, das Kolon von ihm abgeschnürt und leicht mit demselben verwachsen. Er löste dasselbe, doch trat

Digitized by Google

bald darauf Exitus ein. Kraske erinnert an zwei Fälle von Schauta, in denen er nach Laparotomie ebenfalls Darmverschluss gesehen hat, den er auch auf die Beckenhochlagerung zurückführte. Nach den Experimenten Schautas gehen die dislozierten Eingeweide bei vollkommen geschlossener Bauchhöhle nicht wieder zurück, daher muss man vor dem Schluss derselben für Richtiglagerung der Eingeweide sorgen. Im Hinblick auf die nach Laparotomien so oft beobachtete Hämatemesis, die auf Embolie und Ulzeration der Magenschleimhaut zurückgeführt wird, möchte er doch fragen, ob nicht durch die Beckenhochlagerung allein bei fetten Personen, durch kolossale Stauung in der Vena gastrica superior eine Ulzeration der Magenschleimhaut und Hämatemesis stattfinden kann.

Prof. Trendelenburg (Leipzig) glaubt, dass zu solchen Vorkommnissen bei Beckenhochlagerung ganz besondere Fälle gehören, wie es eben Fettleibige sind. Ob bei den von Kraske angeführten ersten beiden Fällen von Myokarditis die Beckenhochlagerung anzuschuldigen sei, ist ihm doch zweifelhaft, diese Leute vertragen sogar die Narkose nicht. Dass wohl Ileus darnach eintreten kann, das will er nicht bezweifeln. Man muss aus solchen Fällen die Konsequenz ziehen, die Beckenhochlagerung möglichst kurze Zeit anzuwenden und bald wieder, resp. in Unterbrechungen, die horizontale Lage anzuwenden.

Prof. Kraske und Prof. Trendelenburg über Beckenhochlagerung und ihre Gefahren auf dem deutschen Chirurgenkongresse (Med. Woche Nr. 24).

Bilharzia. Auf dem ägyptischen Kongresse für Medizin in Kairo bildete einen Hauptteil der Verhandlung die Bilharzia. Die Trematode der Bilharzia lebt in stagnierenden Gewässern und verschafft sich ebenso Eingang in den Organismus wie Ankylostomum. Deshalb wird vorzugsweise die erwachsene, männliche Landbevölkerung ergriffen, die armen ägyptischen Bauern (Fellachen) Unterägyptens arbeiten mit nackten Füssen auf den schlammigen Feldern. Die Trematode legt ihre Eier in die Verzweigungen der Vena portae und in die Gefässe des uropoetischen Systems. Das letztere, dann Mastdarm und Anus sind deshalb Hauptsitz der Erkrankung. Die Eier thrombosieren die kleinen Gefässe und führen zu Hämorrhagien. Da die Eier nicht im menschlichen Körper zur Weiterentwickelung gelangen können, so suchen sie durch Eigenbewegung nach aussen zu gelangen. Sie bahnen sich einen Weg in Blase und Mastdarm und werden dann eliminiert. Auf der Schleimhaut dieser Organe entstehen dadurch Ulzerationen und später Infiltrationen, es kommt zu periurethralen und periproktalen Abszessen, zu Fisteln in der Darm- und Skrotalgegend. Gleichzeitig finden sich Bindegewebswucherungeu von Stecknadel- bis Nussgrösse, welche Polypen gleichen. In den tieferen Geweben vergrössern sich die Granulationen nach Art maligner Tumoren und brechen als Phlegmonen nach aussen auf. Frauen werden selten befallen. Die leichte nnd häufigste Form der Bilharzia ist charakterisiert durch leichtes Brennen beim Urinieren und durch die Hämaturie à la fin de la miction. Sie bleibt, auch unbehandelt, gewöhnlich stationär, heilt auch spontan aus, zumal wenn der Kranke in ein kühleres Klima zieht. Die schwere Form führt zu Abszessen, Fisteln, Steinbildung usw. Im Gegensatz zur Blenorrhöe und Tuberkulose bleiben die Testikeln stets normal. Die Blutungen sind verschieden stark, Retentio urinae ist nicht selten, wenn Blutgerinnsel die Urethra verlegen. Der Urin enthält Eiter und Schleim, bei Mitbeteiligung der Nieren auch Albumen und Zylinder. Sind die Ureteren hypertrophiert und gewulstet, dann kann man nicht selten durch Palpation und Perkussion eine Hydro-, Pyelo- oder Hämatonephrose nachweisen. Die Vegetationen an der Analschleimhaut mit den Erscheinungen eines Katarrhes täuschen wohl Hämorrhoiden und Dysenterie vor. Die mikroskopische Untersuchung schützt vor dieser Fehldiagnose. Die Therapie beschränkt sich in leichten Fällen auf Darreichung von Extr. filic. mar. aeth. und Bekämpfung der Cystitis (Balsamika, Salol, Urotropin, Mineralwasser) und des Mastdarmkatarrhes (Jodoform-, Ichthyol, Morphiumsuppositorien).

Digitized by Google

Die stets vorhandene Anämie verlangt Tonika. Bei Fisteln und Infiltrationen ist chirurgisch zu intervenieren (Spaltung und sorgfältige Auskratzung alter Gänge). Bei schweren Fällen von Hämaturie und Blasenkatarrh ist die Cystotomia suprapubica angezeigt. Die Tumoren werden entfernt, die Blase mit Jodoformgaze ausgestopft. Die Blase pflegt sich nach 2–4 Monaten zu schliessen, oft restieren aber Blasenfisteln.

Bei schweren Formen der Bilharziacystitis ist nach Dr. Goebel die Sectio alta und Auskratzung der Blase ein palliatives Heilmittel, das die Kranken von ihren quälenden Symptomen befreit und wieder arbeitsfähig macht. Bei den Bilharziatumoren ist die Sectio alta stets indiziert, da sie die Kranken ohne weiteres von ihren hochgradigen Beschwerden befreit und der Schaden einer bleibenden Fistel gegenüber den Qualen des Kranken gering anzuschlagen ist.

Verhandlung des ägyptischen Kongresses für innere Medizin in Kairo über Bilharzia (Münch. med. Wochenschr. Nr. 2). — Erfahrungen über die chirurgische Behandlung der Cystitis und der Blasentumoren der Bilharziakrankheit von Dr. Goebel (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 66. Bd. 3. u. 4. H. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 10).

Bismutose. Bismutose ist eine Verbindung von Bismut und Eiweiss bei einem Gehalt von 21% Bismut. Dr. Elsner stellte an Dr. Boas' Poliklinik Versuche mit dem Mittel an, die ergaben, dass bei einfacher Hyperazidität die Bismutose gute Dienste leisten kann, da sie im stande ist, durch Säurebindung die Menge der freien HCl im Magen zu vermindern. Ferner kann die stark adstringierende Wirkung der Bismutose, die bei Magenaffektionen unter Umständen wegen ihrer schädlichen Folgen (Obstipation) ausgeschaltet werden muss, bei Darmaffektionen gute Früchte zeitigen, und ist hier der Bismutose der Vorzug vor dem Bismut allein zu geben.

Einige Bemerkungen über die Bismutose von Dr. Elsner (Arch. f. Verd.-Kr. 8. Bd. 6. H. — Münch. Med. Wochenschr. Nr. 6).

Blasenchirurgie. Dr. Kapsammer (Wien) berichtete in der dortigen Gesellschaft der Ärzte über zwei Fälle von intravesikaler Entfernung von Bassininähten. Die Entfernung derselben wurde mit dem Nitzeschen Operationskystoskop durchgeführt. Nach Kapsammer lasse sich das Mitfassen der Blase beim Nähen vielleicht leichter vermeiden, wenn konsequent auf die Entleerung der Blase vor der Operation geachtet wird. Im Anschlusse erwähnt Autor, dass mit Hilfe des Operationskystoskops kleinere Tumoren, speciell Papillomen, nahezu ambulatorisch entfernt werden können.

Dr. Zuckerkandl und Prof. v. Frisch meinen, dass die Natur einer Blasengeschwulst aus ihren klinischen Eigenschaften nicht zu beurteilen ist. Deshalb sind grössere Tumoren immer durch die Sectio alta zu entfernen. Die gründliche Entfernung der Basis der Geschwulst bildet das Wesentliche, da man sich bei mikroskopischer Untersuchung gar oft überzeugen kann, dass karzinomatöse Herde noch weit in scheinbar gesunde Schleimhaut hineinreichen.

Dr. Kapsammer, Dr. Zuckerkandl und Prof. v. Frisch über intravesikale Entfernung von Bassininähten in der Gesellschaft der Ärzte in Wien (Med. Blätter Nr. 4).

Blenorrhoea neonatorum. Professor Cohn (Breslau) erhebt wieder den Ruf nach obligatorischer Credéisierung (1%) bei allen Geburten und nach schnellster Meldepflicht für Ärzte und Hebammen. Weder gar zu prüde Bedenken, noch klinische dürfen der Einführung einer so eminent wichtigen Massregel entgegengehalten werden. Aus der Cohnschen Arbeit ist zu ersehen, dass in den Vereinigten Staaten von Amerika jede Hebamme mit sechs Monaten Gefängnis und 100 Dollars bestraft wird, wenn sie nicht in den ersten sechs Stunden dem nächsten Arzte des Gesundheitsamtes die Blennorrhöe meldet.

Prof. Rosner spricht der 10%igen Protargol-Lösung dieselbe günstige Wirkung, wie dem salpetersauren Silber zu, ohne dass sie dessen Gefährlichkeit besitze. Allerdings vermag auch sie nicht gegen Spätinfektionen im Wochenbette

Digitized by Google

durch Lochialsekret zu schützen; aber die Infektion intra partum, die in der ersten Lebenswoche die Krankheit ausbrechen lässt, verhindert dieses Mittel mit absoluter Sicherheit.

Dr. Veverka (Prag) hebt folgende Eigenschaften der Protargolinstillationen zur Verhütung der Augenblennorrhöe bei Neugeborenen hervor: 1. Die Reaktion der Konjunktiva ist nach Protargolinstillation unbedeutend. 2. Die Protargolinstillationen kann man ohne jede Gefahr einigemale täglich wiederholen. Sind bestimmte Anzeichen einer spezifischen Erkrankung der Mutter da, dann ist Morgen- und Abendinstillation wärmstens zu empfehlen. 3. Es gibt hier gar keine technischen Schwierigkeiten. Es ist gleichgültig, ob man einen einzigen Tropfen zwischen die halbgeöffneten Lider fallen lässt, oder mehrere, ja man kann ohne Furcht die ganze Augenoberfläche sozusagen mit Protargol auswaschen, während beim Argentum nitricum nur die Instillation eines einzigen Tropfens gestattet ist. 4. Das Auswaschen der Augen und des Konjunktivalsackes nach Protargolinstillation mit einer schwachen Kochsalzlösung, wie es bei Argentum nitricum notwendig ist, wird gänzlich überflüssig. Das Protargol kann man den Händen der Hebammen anvertrauen und zwar um so mehr, da sich die Kandidatinnen auf den geburtshilflichen Kliniken die einfache Manipulation mit Protargol leicht aneignen können.

Statt der 2%igen Höllensteinlösungen empfiehlt auch Dr. Urbahn (Köln) die Anwendung einer 5%igen Protargollösung zur Prophylaxe der Blennorrhoea neonatorum. Die Applikationsweise ist folgende: Ohne zunächst die Lider auseinanderzuhalten, träufelt man in den inneren Augelwinkel soviel, wie eben die mehr oder weniger tiefe Bucht fassen kann. Man tut gut daran, den Kopf dabei ganz zurück und etwas auf die Seite zu neigen. Öffnet man jetzt ein wenig die Lidspalte und wendet, wenn nötig, das Gesicht etwas auf die entsprechende Seite, so dringt die Lösung sofort in die Lidspalte ein und kann durch leichte Bewegung mit den Lidern über den ganzen Konjunktivalsack hin verteilt werden. Auch gelingt es hierbei meist zugleich, die Lidränder und Cilien, denen in den meisten Fällen der Infektionsstoff anhaftet, unter Protargol zu setzen und ohne Schwierigkeit und gröbere Manipulation die Eiter- und Schleimpartikel zu entfernen. Da das Auge diese 5%ige Protargollösung für mehrere Minuten nahezu reaktionslos erträgt, kann man diese Prozedur mehrfach wiederholen, ohne irgendwelche bemerkenswerte Schädigungen befürchten zu müssen.

Über den Wert des Argentum aceticum in der Prophylaxe der Ophthalmoblennorrhoea neonatorum berichtet Dr. Scipiades an der Hand von 475 an Prof. Tauffers Klinik in Budapest beobachteten Fällen. Er gelangt zu folgenden Schlüssen: 1. Die 1%ige Argent. aceticum-Lösung ist zur Verhütung der Ophthalmoblennorrhoea ebenso geeignet wie die 2%ige Argent. nitricum-Lösung von Credé. Da sie bei Zimmertemperatur nie in stärkerer als 1%iger Lösung hergestellt werden kann, kann die Lösung in Laienhänden nie gefährlich werden. 2. Die 1%ige Argent. aceticum-Lösung verringert beträchtlich die Zahl der Reaktionen, wenn der Instillation keine NaCl-Paralysierung nachfolgt.

Die Verhütung der Augeneiterung des Neugeborenen in Preussen und in Spanien von Prof. Cohn (Wochenschr. f. Ther. u. Hyg. d. Auges. — Med. Woche Nr. 37). — Die Prophylaxe der Augeneiterung von Prof. Rosner (Zeitschr. f. Augenheilk. — Med. Woche Nr. 37). — Über die Prophylaxis der Augenblenorrhöe bei Neugeborenen durch Protargol von Dr. Veverka (Heilk. Nr. 1). — Zur Prophylaxe der Blenorrhoea neonatorum von Dr. Urbahn (Wochenschr. f. Ther. u. Hyg. d. Auges. — Medico Nr. 31). — Noch einige Worte über den Wert des Argentum aceticum in der Prophylaxe der Ophthalmoblenorrhoea neonatorum von Dr. Scipiades (Volkm. Samml. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 5. H).

Blutdruck. Dr. Carter (New-York berichtet über seine umfangreichen klinischen Erfahrungen bei Blutdruckmessung mittelst des Sphygmomanometers. Zur Herabsetzung des Blutdruckes erwies sich ihm das Natrium nitrosum (2–4stündlich 0,06 — 0,12) als am wirksamsten, der Blutdruck sank oft binnen ½ Stunde um 10–15 mm Hg, in einem Falle von Arteriosklerose um 50 mm. Weniger sicher

Digitized by Google

und prompt wirkte Nitroglyzerin zu 0,0006 mehrmals nacheinander oder 0,0012 auf einmal innerlich oder subkutan gegeben. Erythrolum tetranitricum, zu 0,03 innerlich gegeben, setzte den Blutdruck um 10 mm in 24 Stunden herab. Auch Blutentziehungen mit Salzwasser-Infusionen waren von gutem Erfolge; dagegen sah Carter von Kalium nitrosum, Chloralhydrat und Spiritus aether. nitros. nie einen messbaren Erfolg. Bei der akuten Nephritis verhielt sich der Blutdruck meist im Verhältnisse zur Stärke der Albuminurie. Bei Chlorose und Anämie war der Blutdruck immer unter der Norm, die Carter mit 113—116 mm Hg angibt. Bei Ulcus ventriculi verhielt sich der Blutdruck ebenso, so dass Carter zu dem wahrscheinlichen Schlusse kommt, der niedrige Blutdruck spiele vielleicht eine Rolle bei der Entstehung der Magengeschwüre.

Klinische Beobachtungen über den Blutdruck von Dr. Carter (Am. Journ. — Schm. Jahrb. 277. Bd. 1. H.).

Blutstillung. Ein experimenteller Beweis für die blutstillende Wirkung der Gelatine ist von Dr. Moll erbracht worden. Autor konstatierte bei Hunden und Kaninchen nach Gelatine-Injektionen eine bedeutende Zunahme des Fibrinogens, das er durch Ausfällen und Wägen quantitativ bestimmte. Dabei fand er, dass nach subkutaner Applikation der Gelatine diese Fibrinogenvermehrung erst 12—24 Stunden nach der Injektion auftrat und mehrere Tage anhielt. Bei intravenöser Injektion war der Effekt bereits nach längstens 8 Stunden vorhanden. Viel stärker war noch die Wirkung, wenn mehrere Gelatineinjektionen in 3–4tägigen Intervallen gegeben wurden. Bei stomachaler Verabreichung der Gelatine konnte Moll niemals eine Fibrinogenvermehrung nachweisen. Die Fibrinogen vermehrende Wirkung ist aber nicht für die Gelatine spezifisch, sie kommt allen anderen Eiweisskörpern, vom nativen Eiweiss bis zu den Peptonen zu. In allen diesen Fällen ging die Fibrinogenvermehrung mit einer Leukocytose einher. Dadurch wurde Moll angeregt, den Fibrinogengehalt bei den verschiedenen Leukocytosen zu untersuchen und fand ihn tatsächlich stets erhöht. Für die Praxis zieht Moll daher den Schluss, als Zeitpunkt für kleinere Operationen den Höhepunkt der Verdauungsleukocytose zu benutzen und bei grösseren Operationen, bei denen ein starker Blutverlust zu befürchten ist, zum Zwecke der Prophylaxe einen Tag vorher eine subkutane Gelatineinjektion zu machen.

Auf Grund von Versuchen, die zahlreiche Autoren angestellt haben, zeigt Dr. v. Boltenstern (Leipzig), dass durch die subkutane Anwendung der Gelatine bei sackförmigen Aneurysmen Besserung, ja sogar Heilung herbeigeführt werden kann; ferner dass profuse, protrahierte, oft sich wiederholende Blutungen, wie Lungenblutungen, zum Stillstand kamen und dass selbst Blutungen auf Grund von krankhafter Blutveränderung oder abnormer Durchlässigkeit der Gefässe (Hämophilie, Cholämie, Melaena neonatorum) günstig beeinflusst wurden. Eine Kontraindikation gegen die Anwendung von subkutanen Gelatineinjektionen stellt die Nephritis dar.

Dr. Doerfler (Regensburg) redet auch der Gelatine-Anwendung das Wort. Dem Aneurysma der Aorta gegenüber hat die Gelatine freilich nicht die Hoffnungen erfüllt, welche man anfangs auf sie setzte. Immerhin sind auch hier neben einer grossen Zahl von Misserfolgen recht befriedigende Erfolge konstatiert worden. Die intravenöse Injektion oder gar die ursprünglich geübte Injektion in den Aneurysmasack selbst unterbleibt besser. Wohl aber kann man in solch verzweifelten Fällen, wie sie jederzeit die Aortenaneurysmen repräsentieren, die subkutane Gelatineinjektion, am besten wohl in den Musc. pectoralis, in Anwendung bringen. Eine zweite Krankheitsform, bei der sich die Gelatineanwendung bestens bewährt hat, ist die Lungenblutung, die Hämoptöe. Gerade bei ihr sind fast von allen Seiten ganz vortreffliche Erfolge berichtet worden. Verfasser selbst verfügt über 4 Fälle, bei denen alle Mittel versagten, die Gelatine aber Hilfe brachte. Auch bei den Magen- und Darmblutungen soll die subkutane Gelatineanwendung nicht unversucht bleiben. Innerlich verabreicht, hat

Digitized by Google

Verfasser in drei Fällen keinen nennenswerten Erfolg gesehen, ebenso wie auch die Gelatine bei Hämoptöe, innerlich gegeben, gänzlich versagt hat. Es ist vor der innerlichen Darreichung sogar unter Umständen zu warnen, weil die Gelatine, von den Patienten in 5 bis 10%iger Lösung mit Syr. cort. aur. genommen, sehr häufig zum Brechen reizt, was man ja gerade ängstlich bei allen derartigen Blutungen zu vermeiden sucht. Des Ferneren hat sich die Gelatineinjektion bei hämorrhagischen und bei cholämischen Blutungen gut bewährt. Bei Blasenblutungen sahen Zupnik und Lorenz raschen, blutstillenden Erfolg. Sie spritzten 2%ige Gelatinelösung in die Blase ein. In beiden Fällen prompte Blutstillung, in beiden Fällen freilich auch am 12. resp. 7. Tage Trismus, Tetanus und Exitus letalis, eine Gefahr, die heute in Wegfall kommt, seitdem die Firma E. Merck in Darmstadt ein einwandfrei sterilisiertes Präparat in den Handel bringt. Gute Erfolge wurden dann noch bei der Hämophilie und Melaena neonatorum erzielt, sowie bei Metrorrhagien aus den verschiedensten Ursachen.

Dr. Pfeiffer (Graz) empfiehlt die Anwendung der Gelatine in Klysmen, die sich ihm gut bewährt hat. Es wurden 15 g Gelatina alba in 150 ccm heissem Wasser gelöst und auf Körpertemperatur abgekühlt unter geringem Druck möglichst hoch in den Mastdarm gebracht. Die Zahl der Klysmen wechselte von 1 bis 3 täglich, wobei einmal täglich, wie bei den Nährklysmen, ein Reinigungsklystier gegeben wurde. Fast ausnahmslos wurden die wenigen voluminösen Gelatineklysmen gut gehalten. Auch nach Stillstehen der Blutung müssen die Klysmen einige Tage lang je einmal in 24 Stunden fortgesetzt werden. Zur Anwendung gelangte diese Art der Gelatine-Einverleibung 16 mal bei Hämoptoe (Phthisis), 4 mal bei Magenblutungen (Ulcus) und je einmal bei Epistaxis, Lungeninfarkt und Purpura hämorrhagica mit Metrorrhagie. Die Erfolge waren, wenn auch nicht immer, ganz augenfällige; in einzelnen Fällen war zwar keine günstige Wirkung zu erzielen, doch haftet auch der subkutanen Anwendung der Gelatine zur Blutstillung die gleiche Unsicherheit der Wirkung an. Der Wegfall der teils unangenehmen, teils beschwerlichen Nebenerscheinungen, die Beseitigung der Infektionsgefahr, zusammen mit der leichten und raschen Ausführbarkeit sind aber Vorteile der rektalen Anwendungsweise, die diese Methode der hypodermatischen ohne Zweifel bei weitem überlegen machen.

Auch Dr. Tickell empfiehlt bei schweren Blutungen, bei denen die Gelatinebehandlung angezeigt erscheint, dieselbe in der Form von Klysmen anzuwenden.

Über die Behandlung des Nasenblutens, wie sie an der Budapester Poliklinik geübt wird, berichtet Dr. Waldmann (Budapest). Bei aus der Nasenöffnung strömender Blutung übt man mit dem Wattetampon einen gelinden Druck auf das Septum aus. Die Blutung hört dann auf einige Augenblicke auf und auf dem beleuchteten Territorium ist die kleine Blutquelle, aus der die Blutung entspringt, gut sichtbar. Das mit dem Wattetampon abgetupfte Geschwür wird mit dem auf die Sonde geloteten Chromsäure-Kristall berührt. Nicht immer aber ist es so leicht, die blutende Stelle zu finden. In solchen Fällen muss man mit grosser Geduld durch mit dem Wattetampon auf das Septum ausgeübten Druck die Blutung auf Momente hemmen, oder den Nasenflügel, nachdem man Watte in die Nase gebracht, an das Septum drücken, und es gelingt dann oft, die blutende Partie aufzufinden. Bei grösseren Blutungen, wo keine Gelegenheit ist, die Stelle der Blutung rasch aufzufinden und der Patient ohnehin viel Blut verloren hat, führt Verfasser in möglichst horizontaler Richtung mit Hilfe einer im Knie gebogenen Polypenzange kleineren Kalibers einen Jodoformgazestreifen ein. Der Jodoformgazestreifen ist gut nach hinten zu führen, anfangs lose, die nachfolgenden Partien fester. Wenn die Blutung im hinteren Teile des Nasenraumes stattfindet, wird der ganze Nasenraum von vorne nach hinten mit Jodoformgaze ausgestopft. Hier muss man sich aber immer überzeugen, ob nicht der Tampon in den Nasenrachenraum heruntergeglitten ist und ob nicht ein Faden in den Rachen herabhängt. Die Patienten klagen dann

Digitized by Google

über Beschwerden beim Schlucken, über Schmerzen, zu denen sich Würggefühl und Brechreiz gesellen. Deshalb ist es in solchen Fällen ratsam, mit gebogenem Finger durch den Mund in den Nasenrachenraum hinein zu greifen und sich zu überzeugen, ob der Tampon gut plaziert ist. Wenn dies der Fall ist, gelangt kein Blut in die Kehle. Der Tampon ist gewöhnlich innerhalb 3—4 Tagen zu wechseln und darf nicht liegen bleiben, bis er übelriechend wird. Das Nasenbluten der Hämophilen pflegt in der Praxis gewöhnlich zu den am schwersten zu stillenden Blutungen zu gehören. Es wird für diese Fälle die 10%ige warme Gelatine-Injektion in den Nasenraum gelobt. Einige tauchen Gazestreifen in solche Lösungen und tamponieren mit diesen. Wenn der Arzt eine grosse Blutung zu stillen hat und er selbst nicht im Wohnorte des Patienten bleiben kann, kann man den Gebrauch des Rhineurynter als Tampon versuchen. Dieser wird mit Wasser oder Luft gefüllt, er ist aber nicht ganz verlässlich. Wenn es uns gelungen ist, die Blutung mittelst Anwendung der beschriebenen Methoden zu stillen, ist Sorge zu tragen, dass die Blutungen sich möglichst nicht wiederholen. In einzelnen Fällen, wie bei hämorrhoidalen Knoten, bei plethorösen, amenorrhoischen Individuen, bei Herzleidenden etc., wo die Blutung auf das Allgemeinbefinden des Kranken günstig wirkt, ist die Blutung nur dann zu stillen, wenn sie einen ernsteren Charakter annimmt. Hier ist die entsprechende Behandlnng des Grundleidens am Platze. Hämatome versucht Verfasser erst durch Druck mit festen Wattetampons zur Resorption zu bringen. Wenn innerhalb 4—5 Tagen kein Erfolg sichtbar, wird das Säckchen des Hämatoms inzidiert, um so schneller an das Ziel zu gelangen.

Zur Stillung von Nasenblutungen hat Dr. Aufrecht (Magdeburg) einen kleinen Apparat anfertigen lassen, der eine grössere Bequemlichkeit bei der Anwendung zulässt, als das Belloquesche Röhrchen. Der „Nasen-Obturator" besteht aus einem kleinen, in der Mitte verengten Gummischlauch, durch welchen ein mit seitlichen kleinen Öffnungen versehenes, dünnes, aber festes Röhrchen hindurchgeht. An diesem Röhrchen ist der Schlauch am vorderen und hinteren Ende luftdicht befestigt. Auf dieses Röhrchen wird ein kleiner Ballon aufgesetzt, die in demselben enthaltene Luft in den Schlauch gepresst und durch Umstellung eines Hahnes hier eingeschlossen. Bei der Anwendung wird der leere Schlauch mit Hilfe des festen Röhrchens durch die Nase, bis zur leichten Berührung der hinteren Rachenwand, durchgeführt und dann etwas zurückgezogen. Hierauf wird der Ballon aufgesetzt, der Schlauch mit Luft gefüllt, der Hahn geschlossen und dann der Ballon selbstverständlich entfernt. Der kleine Apparat ist in der Praxis schon mehrfach erprobt worden. Bezugsquelle: Middendorff, Magdeburg, Breiter Weg 155.

Dr. Burkard beschreibt ein von Nicoladoni vorgeschlagenes Verfahren für solche verzweifelten Fälle von Blutungen nach Tonsillotomie, bei dem alle Blutstillungsversuche versagten. Dasselbe besteht darin, die Tonsille als das blutende Organ von aussen zugänglich zu machen, zu entfernen und den Schlund durch Aneinandernähen der Gaumenbögen zu schliessen.

Zur Stillung übergrosser menstrueller Blutungen erinnert Prof. Klemperer (Berlin) an die Methode Kussmauls, die darin besteht, dass man durch kleine Tampons, welche man hoch hinauf in das Scheidengewölbe einführt, den Uterus, wenigstens den unteren Abschnitt desselben und den Cervix von allen Seiten so zusammendrückt, dass jede übermässige Blutzufuhr aufhört und die Menstrualblutung nach Belieben eingeschränkt oder ganz unterdrückt wird.

Dr. Katz (Berlin) hat das neutrale, phtalsaure Cotarnin, Styptol genannt, in 52 Fällen von Gebärmutterblutungen angewandt, und ist mit dem Erfolge ausserordentlich zufrieden. Das Styptol wurde erst in Pulverform, später in überzuckerten Tabletten verabreicht. Das Pulver sowohl wie die Tabletten wurden stets gern genommen und gut vertragen. Was die Dosierung betrifft, so betrug sie durchschnittlich 3—4 mal täglich 0,05 in Tabletten. Selbst bei längerem Gebrauch traten niemals auch nur die geringsten Nebenwirkungen auf. Das Mittel

Digitized by Google

wird bei profuser Menses, resp. Menorrhagien, die die Mehrzahl der beobachteten Fälle des Verfassers bilden, am ersten Tage der eingetretenen Menses verabreicht. Es erscheint nach den Erfahrungen des Verfassers das Styptol bei folgenden Zuständen indiziert: 1. Bei unregelmässigem, leicht blutigem Ausfluss, der ausserhalb der Menses besteht, ganz besonders im Anschluss an irgend welchen stattgehabten operativen Eingriff, z. B. abrasio; 2. bei starker menstrueller Blutung, besonders bei Nulliparen und Virgines (Menorrhagien), ohne pathologisch-anatomisches Substrat; 3. bei Blutungen in den Wechseljahren (klimakterische Blutungen), vorausgesetzt natürlich, dass keine anderen krankhaften Veränderungen, besonders keine bösartigen Geschwülste vorliegen; in einigen Fällen wurden auch Blutungen bei bestehendem inoperablen Karzinom der Portio günstig durch Styptol beeinflusst; 4. bei Myomen, sowohl bei Menorrhagien als auch bei Metrorrhagien; 5. bei Blutungen resp. Menorrhagien, die als Folgeerscheinungen der Erkrankungen der Adnexe, sowie des Beckenbindegewebes und von fixierten Lageveränderungen der Gebärmutter auftreten; 6. bei Blutungen in der Schwangerschaft; die Anwendung von Styptol war hier immer von Erfolg begleitet. Hervorzuheben ist noch die leicht sedative Nebenwirkung des Styptols, die besonders bei dysmenorrhoischen Zuständen häufig beobachtet wurde.

Bei schwer stillbaren Blutungen nach Zahnextraktionen wendet Dr. Hermann (Karlsbad) seine heisse Jodoform-Wachstamponade an, die sich durch höchste Einfachheit und absolut zuverlässige Wirkung auszeichnet, da sie selbst in den verzweifeltesten Fällen nicht versagte. Notwendig dazu sind: ein Blechlöffel voll gelben Bienenwachses, in welches etwa 1—2 Gramm Jodoform kommen, ferner Wattebausch, Pinzette und eine Flamme. Das gelbe Wachs mit dem Jodoform wird in dem Löffel über der Flamme geschmolzen, bis es eine violett-schwarze Farbe angenommen hat und die violetten stark riechenden Dämpfe des in statu nascendi frei werdenden Jodes aufsteigen. Das ist der Moment, in welchem ein dem Zahn-Alveolus entsprechend grosser Wattebausch in das flüssigheisse Jodoformwachs getaucht und rasch unter kräftiger Dauerkompression in die leere, vorher ausgespritzte Alveole gepresst wird. Man drücke diesen heissen Jodoformwachstampon nur ganz dreist und kräftig in die Alveole, der Effekt ist geradezu überraschend. Sollte noch ein wenig Blut aus der Wunde hervorrieseln, so genügt gewiss eine zweite oder dritte Wiederholung dieser Methode.

Die blutstillende Wirkung der Gelatine von Dr. Moll (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 44. — Ther. d. Gegenw. 12. H.). — Über die Behandlung innerer Blutungen mit besonderer Berücksichtigung der Gelatine-Anwendung von Dr. v. Boltenstern (Würzb. Abh. 3. Bd. 5. H. — Schm. Jahrb. 278. Bd. 5. H.). — Gelatine, ihre Gefahren und ihr Wert in der Therapie von Dr. Dörfler (Ther. d. Gegenw. 3. H.). — Über die hämostatische Wirkung der Gelatine bei innerer und rektaler Anwendung von Dr. Pfeiffer (Fortschr. d. Med. — Medico Nr. 38). — Die Gelatinebehandlung der Hämoptöe von Dr. Tickell (Lancet. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 16). — Über die Behandlung des Nasenblutens von Dr. Waldmann (Pester med.-chir. Presse. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 8). — Zur Stillung von Nasenblutungen von Dr. Aufrecht (Ther. Monatsh. 10. H.). — Zur operativen Therapie bedrohlicher Blutungen nach Tonsilotomie von Dr. Burkard (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 22). — Kusmauls Methode zur Stillung übergrosser menstrueller Blutungen von Prof. Klemperer (Ther. d. Gegenw. 6. H.). — Styptol, ein neues Mittel gegen Gebärmutterblutungen von Dr. Katz (Ther. Monatsh. 6. H. — Med. Woche Nr. 36). — Zur Ätiologie schwer stillbarer Blutungen post extractionem und über hepatogene Hämophilie von Dr. Hermann (Wien. zahnärztl. Monatsschr. Nr. 10.)

Bromipin. Bromipin Merck, eine Verbindung des Brom mit Sesamöl, empfiehlt Dr. Rahn (Krippen) in allen Zuständen, welche die Bromanwendung nützlich erscheinen lassen, und zwar in der Anwendung per Klysma, weil auf diese Weise jede Reizerscheinung von seiten des Magens ausgeschlossen ist. Er verordnet folgende Dosen: bei Säuglingen soviel Gramm, wieviel Monate sie zählen, bei Kindern über ein Jahr weiterhin 10—12—15 g, bei Kindern über vier Jahre 15—20 g, bei älteren Kindern 25—30 g, bei Erwachsenen 30—40 g. Bei Eklampsia infantum, bei Atrophie der Säuglinge, bei tuberkulösen Prozessen des Kindes, vor allem bei Bronchialdrüsen- und bei Hirnhauttuberkulose sah Autor sehr günstige Erfolge von dem Mittel.

Digitized by Google

Über Bromipinklystiere, besonders in der Kinderpraxis, von Dr. Rahn (Ther. d. Gegenw. 1. H.).

Bronchopneumonie. Dr. Zangger (Zürich) empfiehlt einige einfache hydrotherapeutische Massnahmen zur Behandlung der beginnenden Bronchopneumonie bei Kindern. Zunächst muss man der Entstehung der Bronchopneumonie vorbeugen bei denjenigen Kinderkrankheiten, an die sie sich sonst leicht anschliesst, d. h. beim Keuchhusten und bei den Masern. Der Keuchhusten wird am besten gleichzeitig hydriatisch und medikamentös behandelt. Verfasser gibt lieber Chininum hydrochloricum (Euchinin) als Bromoform. Bei den Masern genügen hydriatische Massnahmen vollkommen. Verfasser zieht in allen Fällen von Bronchopneumonie Bäder den Packungen vor. Es ist empfehlenswert, dass der Arzt dem ersten Bade selbst beiwohnt. Beim Einsetzen einer Bronchopneumonie (kenntlich durch Fieber, gedämpften Schall, knisterndes oder nicht knisterndes Rasseln, Apathie, Steigerung der Puls- und Atmungsfrequenz) verordnet Verfasser ein zwei Minuten währendes Bad von 86° F (36° C), nach Verlauf dieser zwei Minuten lässt er allmählich während 2—3 Minuten so viel kaltes Wasser zusetzen, bis die Temperatur auf 76° F (etwa 25° C) gesunken ist. Dabei wird das Kind mit einem Schwamm oder Lappen kräftig gerieben, um die Hauttätigkeit anzuregen. Das Kind braucht nicht vollständig im Wasser zu liegen, sondern das Wasser kann langsam über die Brust gegossen werden, während das Kind im Arm gehalten wird. Wenn bestimmte Pneumonieanzeichen vorhanden sind, müssen diese Bäder in Abständen von 8—24 Stunden wiederholt werden. Kreuzbinden erleichtern die Bronchitissymptome. Verfasser verwendet sie in ausgedehntem Masse bei beginnender Phthise, sie geben aber auch bei unkomplizierter Bronchitis vorzügliche Resultate. Sie werden in folgender Weise appliziert: Eine Leinenbinde, 1½ Zoll breit für Kinder, 5 Zoll breit für Erwachsene, und 2—3 Fuss lang, wird mit kaltem Wasser getränkt (15—20°), ausgerungen und auf die Brust gepackt in folgenden Touren: 1. von der rechten Achsel über das linke Schlüsselbein zur rechten Achsel zurück, 2. von hier horizontal über die Brust, 3. von der rechten Achsel zur linken über den Rücken und das linke Schlüsselbein nach vorn. Diese Binde wird mit doppeltem Flanell bedeckt. Die Packung bleibt über Nacht bis zum Morgen liegen; beim Abnehmen muss die Brust erst mit kaltem Wasser und dann trocken abgerieben werden.

Dr. Poliektow sah von heissen Bädern bei der Bronchopneumonie der Kinder sehr günstige Erfolge. Ihr Einfluss zeigt sich in einer Beschleunigung der Lösung des pathologischen Prozesses in den Lungen, in Hebung der Herztätigkeit, Vermehrung der Diurese, in Temperaturabfall und in Besserung des Allgemeinzustandes. Die Anfangstemperatur des Bades beträgt 29° R. Während des Bades, welches 15 Minuten dauern soll, wird die Temperatur des Wassers auf 31—32° R erhöht. Nach der Prozedur wird das Kind in Laken und Wolldecken eingehüllt, in welchen es eine Stunde verbleibt. Solche Bäder werden täglich 1—2-mal verabfolgt. 3—4 Bäder genügten in der Regel, um die gewünschte Wirkung zu erzielen.

Die Behandlung der beginnenden Bronchopneumonie bei Kindern von Dr. Zangger (Lancet — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 2). — Über die Behandlung der Bronchopneumonien der Kinder mit heissen Bädern von Dr. Poliektow (Arch. f. Kinderheilk. 35. Bd.).

C.

Cerolin. Nach Dr. Roos und Dr. Hinsberg kommen dem Cerolin, dem mit Alkohol extrahierten Fettgehalte der Hefe, die der letzteren als eigentümlich zugesprochenen Wirkungen zu. Das Mittel wurde in Pillen à 0,1 g dreimal täglich je 1—2 Pillen, verabreicht. Das Cerolin zeigte eine milde, aber nicht unbedingt verlässliche abführende Wirkung, andererseits wurde bei Diarrhöen durch Cerolin-

Digitized by Google

darreichung öfter Sistierung der flüssigen Entleerungen erzielt. Unter elf Fällen von rezidivierender Furunkulose wurde bei neun Fällen insoferne ein günstiger Erfolg erzielt, als die bestehenden Furunkel rascher austrockneten und schmerzlos wurden, die weiteren Furunkel spärlich und unter geringen Reizerscheinungen nachkamen und die Nachschübe bald ganz ausblieben. In zwei Fällen blieb jeder günstige Einfluss aus. Bei Akne wurde in einigen Fällen durch Cerolindarreichung Besserung erzielt.

Eine therapeutisch wirksame Substanz aus der Hefe, Cerolin, Fettsubstanz der Hefe von DDr. Roos und Hinsberg (Münch. med. Wochenschr. Nr. 28 und 29).

Chinin und Chinapräparate. Subkutane Chininjektionen, welche bisher wegen der geringen Löslichkeit des Chinins in Wasser grosser Flüssigkeit bedurften, verabreicht Dr. Aufrecht (Magdeburg) jetzt mit einem Zusatz von Urethan, welches die Löslichkeit des Chinins ungemein erhöht. Während es sonst zur Lösung eines ½ g Chininum hydrochloricum einer Menge von 17 g Wasser bedurfte, genügen bei Zusatz von 0,25 Urethan 5 ccm Wasser, um ½ g Chinin zu lösen. Das Urethan verursacht keinerlei Nebenwirkung und die Injektionen leisteten dem Autor die besten Dienste, namentlich bei der Behandlung der Pneumonie und des Puerperalfiebers.

Prof. v. Noorden (Frankfurt a. M.) hat zwei neue Chininderivate, das Chinaphenin und das Bromochinal geprüft. Ersteres, eine Verbindung von Chinin und Phenitidin, ist ein geschmackloses Pulver, das im Wasser sehr schwer löslich ist. Die ausgedehnten Erfahrungen machte v. Noorden mit dem Mittel bei keuchhustenkranken Kindern Säuglingen gab v. Noorden dreimal 0,15—0,20 g, älteren Kindern 0,2—0,3 g), der Erfolg war günstig, insofern als sich die Anfälle nach Zahl und Heftigkeit verminderten. Das Mittel wurde ausgezeichnet vertragen und auch von kleineren Kindern in Schokoladenplätzchen oder Suppen genommen. Auch als Antipyretikum (1,5—2,0 g) bewährte sich das Medikament. Der Abfall der Temperatur erfolgte ohne Schweissausbruch; sehr günstige Erfolge hatte das Chinaphenin einigemale bei Neuralgien verschiedenen Sitzes, so dass Autor dasselbe zur weiteren Prüfung empfiehlt. Das Bromochinal, Chininum dibromsalicylicum acidum bildet gelbliche, bei 197—198° schmelzende und in Alkohol, Äther und Wasser schwerlösliche Kristalle. Bei fiebernden Kranken erfolgt nach Dosen von zweimal täglich 0,6—0,75 g ein Abfall der Temperatur wie nach 0 5 g Chininhydrochlorid. v. Noorden hat den Eindruck gewonnen, dass zugleich die Schlaflosigkeit durch die Bromkomponente günstig beeinflusst wird; doch berechtigen die wenig umfangreichen Beobachtungen, wie er selbst anführt, noch zu keinem sicheren Urteil.

Nach Dr. Baum an Prof. Ortners Abteilung des Franz-Josef-Spitals in Wien gewonnenen Erfahrungen ist das Aristochin, ein Chininderivat, das alle Vorteile des Chinins aufweist, ohne dessen Nachteile zu besitzen. Es erscheint demnach in allen jenen Fällen indiziert, in denen man bisher Chinin zu geben pflegte. Es ist: 1. ein Spezifikum gegen Malaria; 2. ein Antipyretikum in gewissen Fieberformen, wobei allerdings ausgedehntere Versuche, speziell bei Typhus abdominalis, höchst wünschenswert wären; 3. ein ziemlich gutes Antineuralgikum; 4. es entbehrt fast immer der dem Chinin eigentümlichen toxischen Nebenerscheinungen, denn Autor konnte unter 70 Fällen nur einmal Erbrechen (noch dazu bei einem Morbus Basedowii) und in einem anderen Falle ein Chininexanthem beobachten. Die Dosis beträgt täglich dreimal ¼ bis ½ g.

Eine bequemere subkutane Anwendungsweise des Chinins von Dr. Aufrecht (Ther. Monatsh. 2. H.). — Chinaphenin und Bromochinal von Prof. v. Noorden (Ther. Monatsh. 3. H.). — Das Aristochin, ein Ersatzmittel des Chinins von Dr. Baum (Heilk. 5. H.).

Chlorbaryum. Das seit alters her als Herzmittel bekannte Chlorbaryum wurde von Dr. v. Tabora in der Giessener Klinik erprobt. Er fand, dass es bei leichteren Insuffizienzzuständen mit gesunkenem Blutdruck in der Tat oft recht

Digitized by Google

günstig wirkt. Es steigert den Blutdruck, erhöht die Spannung des Pulses und vermehrt den Harn, aber alles nur in leichten Fällen. Bei starker Insuffizienz, bei beträchtlicher Herzschwäche nützt das Mittel nicht; ein Ersatz der Digitalis ist es für diese Fälle aber ganz und gar nicht. Besonders zu empfehlen ist das Chlorbaryum vielleicht bei jenen Infektionskrankheiten, in denen die Kreislaufschwäche nicht durch primäre Herzschädigung, sondern durch zentrale Vasomotorenlähmung bedingt ist. Man kann 0,1—0,15 pro die in Pulvern zu 0,02—0,05 einige (2—4) Tage lang geben. Unangenehme Erscheinungen treten nicht auf.

Über die therapeutische Verwendung des Chlorbaryums von Dr. v. Tabora (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 39. — Schm. Jahrb. 280. Bd. 11. H.).

Chorea. Bei der Behandlung der infektiösen (rheumatischen) Chorea konnte Dr. Schröder eine ganze Reihe von Störungen beobachten, die vor den bisherigen für unschädlich und nützlich gehaltenen Arsenmengen warnen lassen. Das Arsen wurde in Form der Guberquelle oder als Solutio Fowleri mit Aqua Cinnamonii ää dreimal täglich 2, bezw. 3 Tropfen ansteigend bis 3mal täglich 10, bezw. 12 Tropfen gegeben. Bei leichten und schweren Fällen traten nach Überschreitung der höchsten Dosis und nach Beginn der kumulierenden Wirkung fast gleichmässig zwischen dem 12. und 14 Tage verschiedene Störungen auf und zwar: allmähliche, mässige oder plötzliche und hohe Temperatursteigerung, Pulsus celer, Veränderungen des Herzbefundes, Deutlicherwerden systolischer Geräusche, Verbreiterung der Herzgrenzen, Störungen der Herzaktion, rezidivierende, rheumatische Erscheinungen, Verschlechterung der bereits gebesserten Chorea, manchmal Herpes, mitunter plötzliches „Mobilwerden alter solider Drüsenknoten", schwere Erscheinungen von seiten des Digestionstraktes. Bei Verminderung der Dosis trat allmähliche, bei Aussetzen des Arsens rasche Besserung, resp. Heilung ein. Bei der neuropathischen Form der Chorea traten derartige Störungen nie auf, es liess sich im Gegenteil konstant ein günstiger Einfluss auf den Krankheitsverlauf beobachten.

Beobachtungen bei der Arsentherapie der Chorea von Dr. Schröder (Fortschr. d. Med. — Zentralb. f. d. ges. Ther. 9. H.).

Citarin. His jun. hat zuerst darauf hingewiesen, dass durch Einführung alkalischer Salze oder Basen in den Organismus weder eine Lösung von Harnsäure erreicht, noch deren Ablagerung verhindert werden könne, da beim Zusammentreffen einer Säure mit mehreren Basen stets das am schwersten lösliche Salz gebildet werde und ausfalle. Eine Lösung harnsaurer Ablagerungen erschiene jedoch möglich, wenn es gelänge, im Organismus die Bildung nicht von löslichen Salzen, sondern von anderen löslichen Verbindungen der Harnsäure herbeizuführen. Von den Verbindungen, welche Formaldehyd mit Harnsäure eingeht, ist die Diformaldehydharnsäure relativ leicht löslich. Sie löst sich in 300—400 T. Wasser, während Harnsäure selbst 38000 T. und harnsaures Natrium 1130 T. zur Lösung braucht. Von diesem Gesichtspunkte aus erscheint der Versuch, die Gicht durch Substanzen zu bekämpfen, welche im Organismus Formaldehyd abspalten, berechtigt. Nach Untersuchungen von Dr. Impens ist die Anhydomethylenzitronensäure eine solche Verbindung, welche verhältnismässig leicht grössere Mengen Formaldehyd abspaltet. Das Natriumsalz dieser Säure, welches durch Einwirken von Formaldehyd auf zitronensaures Natrium dargestellt wird, bringen die Farbenfabriken vorm. F. Bayer & Co. in Elberfeld unter dem Namen Citarin in den Handel. Es bildet ein weisses, kristallinisches, in Wasser sehr leicht (1 : 1) lösliches, in Alkohol und Äther fast unlösliches Pulver von nicht unangenehmem Geschmacke. Das Mittel regt gleichzeitig die Diurese an. Die Dosis beträgt 2 g 3—4mal täglich. Es wird als Pulver oder in Tabletten (Tabl. Citarini à 0,5 und 1,0) verschrieben und in Wasser eventuell mit Zusatz von Zucker gelöst genommen. Am ersten Tage eines Anfalls kann die Dosis häufiger 5—6mal wiederholt werden.

Digitized by Google

Dr. Leibholz (Berlin) verfügt über 10 Fälle von Gicht, die er mit Citarin behandelte. Die Hälfte derselben sind akute Anfälle. Während die chronischen mit Exacerbationen ausserordentlich günstig beeinflusst wurden, so dass sie in verhältnismässig kurzer Zeit zur Heilung gelangten, haben die akuten Anfälle das Charakteristische an sich, dass sie schon nach Ablauf von 24 Stunden durch Citarin prompt kupiert werden. Am sichersten wirkt Citarin, wenn man bei den ersten Anzeichen des eintretenden Anfalles mit der Darreichung beginnt, und zwar wird am Tage des Anfalles 4—5mal 2 g gegeben. Einmal kupiert, genügen an den folgenden Tagen 3 bezw. 2mal 2 g pro Tag. Die rationellste Darreichungsform ist die Tablette. Man löst dieselbe in wenig heissem Wasser und setzt etwas kaltes Mineralwasser, z. B. Fachinger, Biliner etc. hinzu. Geschmackskorrigentien sind nicht nötig, eventuell einige Tropfen Zitronensaft oder etwas Zucker.

Dr. Ardó (Budapest) wandte an Dr. Tausaks Abteilung das Citarin bei Arthritikern an. Das Mittel besitzt nach seinen Erfahrungen ausgesprochen schmerzstillende Wirkung bei veralteten Gelenkrheumatismen, besonders wenn es in dem Stadium akuter Verschlimmerung der auf uratischer Grundlage entwickelten Affektionen verabreicht wird. Weniger ausgesprochen ist die Wirkung in solchen Fällen von Arthritis deformans, deren Ätiologie dunkel ist und bei welchen das uratische Kennzeichen nicht nachzuweisen ist. Eine örtliche Rückbildung der organischen Veränderungen hat Autor nicht beobachten können, auch in solchen Fällen nicht, wo, wie in einem bestimmten Falle, das Mittel 21 Tage hindurch ununterbrochen gegeben wurde; hingegen dort, wo die Merkmale der Entzündung in den Vordergrund traten, zeigte diese auf Citarin ausgesprochene Linderung und rasche Rückbildung, allerdings ohne dass diese Rückbildung die rheumatischen Veränderungen beeinflusst hätte. Unangenehme Nebenwirkungen wurden in keinem Falle beobachtet. Autor hält daher das Citarin zu weiteren Versuchen bei auf uratischer Grundlage sich entwickelndem Gelenkrheumatismus, insbesondere aber bei dessen akuter Verschlimmerung geeignet.

Citarin von Dr. Impens (Ther. Monatsh. 8. H.). — Citarin, ein neues Mittel gegen Gicht von Dr. Leibholz (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 39). — Über Citarin von Dr. Ardó (Magyar Orvosok Lapja. — Med. Blätter Nr. 21).

Citrophen. Dr. Fuchs hat im allgemeinen Krankenhaus in Wien das Citrophen in 34 Fällen erprobt und kam zu folgenden Schlüssen: 1. Das Citrophen hat eine spezifische, antirheumatische Wirkung ohne Schädigung selbst des erkrankten Herzens. 2. Es ruft keine unangenehmen Nebenerscheinungen hervor, kann daher längere Zeit hindurch angewandt werden. 3. Es bewirkt bei fieberhaften Krankheiten in der Dosis von 0,5—1,0 g einen Temperaturabfall von 1°—1,5°, der einige Stunden anhält und niemals von Kollapserscheinungen begleitet ist. 4. Es ist infolge seiner schmerzstillenden Wirkung bei Neuralgien verschiedenster Art mit Erfolg anzuwenden.

Über die therapeutische Verwendung des Citrophen von Dr. Fuchs (Ther. Monatsh. 11. H.). —

D.

Dakryocystoblenorrhoea neonatorum. Die Tränenschlaucheiterung der Neugeborenen ist nach Dr. Heimann (Charlottenburg) als Hemmungsbildung aufzufassen. Durch Untersuchung von Embryonen ist festgestellt worden, dass sich zuerst der obere Teil des Tränennasenkanals entwickelt und das nasale Ende sich erst spät in die Nasenschleimhaut einsenkt. Bleibt der nasale Verschluss des Ductus nasolacrymalis noch über die Geburt hinaus bestehen, so können die sezernierten Tränen nicht in normaler Weise abfliessen, es entsteht eine

Digitized by Google

Stauung derselben im Tränensack und sekundär durch Bakterienwirkung kommt es zur Dakryocystitis. Was die Behandlung anlangt, so kommt es darauf an, das Abflusshindernis, die nasale Atresie des Tränensackes zu beseitigen. Man hat öfters eine Spontanheilung beobachtet, in anderen Fällen hat eine mehr oder weniger lange Zeit durchgeführte Massage des Tränensacks Heilung herbeigeführt. Man kann also zunächst einige Wochen versuchen, durch Massage des Tränensacks, die eventuell auch durch die Angehörigen mehrmals am Tage vorgenommen werden kann, Heilung zu erzielen: führt diese aber nicht bald zu dem gewünschten Ergebnis, so hat man nach Schlitzung des Tränenröhrchens zu sondieren, um das untere Ende des Tränenschlauchs wegsam zu machen. Man drehe dazu die Sonde nach Einführung mehrere Male leicht um ihre Achse und schiebe sie dann noch etwas vor. Sofort entleert sich aus der Nase schleimig-eitrige Flüssigkeit mit Detritusmassen gemischt, und damit ist definitive Heilung gewährleistet.

Die Tränenschlaucheiterung der Neugeborenen von Dr. Heimann (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 5).

Darmkrankheiten. Dr. v. Mieczkowski (Breslau) prüfte in der v. Mikuliczschen Klinik den Darmsaft von Menschen mit künstlichen Darmfisteln auf seine bakterientötenden Eigenschaften und fand, dass dem reinen menschlichen Dünndarmsafte für Cholera- und Typhusbazillen, sowie dem Staphylococcus pyogenes aureus und dem Bacillus pyocyaneus gegenüber keine bakterizide Kraft zukommt, dass er vielmehr als guter Nährboden für dieselben bezeichnet werden muss. Doch bleibt es eine offene Frage, wie in dieser Richtung unter normalen Verhältnissen der entsprechende Inhalt des Dünndarmes, der ein höchst kompliziertes Gemisch von Magen- und Darmsaftgalle, Pankreassaft und halbverdauten Nahrungsresten darstellt, wirkt und ferner wie die genannten Bakterien unter dem unmittelbaren Einfluss der lebenden Dünndarmschleimhaut sich verhalten. Die Frage, ob sich am Ende des Dünndarmes von einem per os eingeführten Antiseptikum durch Desinfektionsversuche noch ein so wirksamer Rest nachweisen lässt, dass dieser auch auf den Dünndarminhalt eine desinfizierende Wirkung auszuüben im stande ist, beantwortet v. Mieczkowski dahin, dass unter den bisher versuchten Mitteln zur Desinfektion des Darmes (Itrol, Wismut u. a.) das Menthol am unteren Ende des Dünndarmes noch in einer Konzentration enthalten ist, die im Dünndarminhalte eine gewisse, wenn auch nicht stark desinfizierende bezw. entwickelungshemmende Wirkung hervorzurufen vermag. Auch beim Tannopin ergab der einzige Versuch, der angestellt werden konnte, ein positives Resultat.

Dr. Strasburger (Bonn) hat nach einer neuen Methode den Bakteriengehalt gesunder und kranker Stühle untersucht. Normalerweise besteht rund ein Drittel der Trockensubstanz des Kotes gesunder Erwachsener bei mittlerer Kost aus Bakterienleibern. Die Menge der täglich ausgeschiedenen Bakterien beträgt bei Erwachsenen trocken: a) normalerweise im Durchschnitt 8 g; b) bei dyspeptischen Darmstörungen (ohne stärkere Durchfälle) durchschnittlich 14 g, unter Umständen sogar 20 g, ist also beträchtlich vermehrt; bei habitueller Obstipation durchschnittlich 5,5 g, unter Umständen bloss 2,6 g, ist also beträchtlich vermindert. Bei habitueller Obstipation ist auch nach Abzug des auf Bakterien fallenden Teiles das Gewicht der Trockensubstanz des Kotes häufig abnorm klein; die Ausnutzung erfolgt besser als bei normalen Menschen. Man darf annehmen, dass das Fehlen des Nährbodens für die Bakterien im Dickdarm ihr geringes Wachstum verschuldet. Es wird dies auch dadurch wahrscheinlich gemacht, dass Zufuhr von Bacterium coli per os keine Zunahme der Kotbakterien bewirkt. Infolge der dürftigen Entwickelung der Bakterien im Dickdarm werden nicht genug die Peristaltik anregende Zersetzungs-Produkte geliefert. Dies führt zu der Annahme eines nahen ursächlichen Momentes für die Entstehung habitueller Obstipation und zu gewissen therapeutischen und diagnostischen Konsequenzen. Bei Säuglingen werden

Digitized by Google

normalerweise annähernd dieselben Prozentzahlen für Bakterien wie bei Erwachsenen gefunden. Bei Dyspepsie kann die Bakterienmenge dagegen bis auf das Doppelte d. h. $^2/_3$ der gesamten Kotsubstanz steigen.

Bei der Diagnose multipler Darmstenosen kommen nach Prof. Schlesinger (Wien) folgende Momente in Betracht: 1. Die mehrmalige Beobachtung nahezu gleichzeitig sich steifender, fernab voneinander liegender Darmschlingen, zwischen welchen ein starres Darmstück nicht durchtastbar ist (verschiedene Grösse der einzelnen gesteiften Darmschlingen begünstigt die Erkennung mehrfacher Verengerungen, ist aber nur selten nachweisbar); 2. die annähernd gleiche Lokalisation der sich steifenden Darmschlingen bei den verschiedenen Anfällen; 3. der gleiche Ablauf der Kontraktionen unter Darmgurren. Von grossem unterstützendem Werte sind weiter 4. eine auf Tuberkulose oder Lues suspekte Anamnese oder ein entsprechender Befund an anderen Organen.

An der Hand eines an der Krausschen Klinik beobachteten Falles macht Dr. Stürtz (Berlin) auf jene schweren cerebralen Störungen (Kopfschmerzen, Parästhesien, Angstgefühle, akute Psychosen, epileptiforme Anfälle, Bewusstseins-Störungen) aufmerksam, die infolge von intestinaler Autointoxikation, d. h. Resorption giftiger Zersetzungsprodukte im Darmkanal auftreten. Diese Fälle verdienen nach dem Autor das besondere Interesse des Praktikers, einmal weil sie leicht zu Verwechslung mit ernsteren cerebralen Affektionen, speziell mit Meningitis, Veranlassung geben, ferner aber, weil sie, richtig gedeutet, der Therapie ein sehr dankbares Objekt bieten. Für die Therapie kommen ausser der Darmentleerung durch Kalomel, durch hohe Darmspülungen und der Magenspülung noch die Regelung der Diät in Betracht; der Wechsel derselben (Kohlehydratnahrung an Stelle der Eiweissnahrung) ist geeignet, eine Änderung der Darmbakterienflora und ihrer Stoffwechselprodukte, welche als die Ursache der nervösen Krankheitserscheinungen anzusehen sind, herbeizuführen.

Die Behandlung der Colica mucosa ist nach Prof. v. Noorden (Frankfurt a. M.) und Dr. Dapper (Kissingen) symptomatisch gegen die Anfälle und kausal gegen die Obstipation und das nervöse Allgemeinleiden zu richten. Im Anfalle ist zur Beruhigung des Darmes vor allem Bettruhe angezeigt, verbunden mit heissen Umschlägen auf den Leib. Abführmittel sind nicht ratsam, dagegen Narkotika, sei es als Morphiuminjektion, sei es als Suppositorien wie Extr. opii, Extr. belladonnae (ää 0,04), welche fast ausnahmslos den Schmerzanfall beseitigen. Die nächste Indikation ist die Entfernung der Schleimmassen. Wassereinläufe von Körpertemperatur befördern schmerzlos grosse Mengen von Schleim heraus. Allerdings darf man keine reizenden Stoffe, wie Kochsalz, Glyzerin, Seife beifügen, da man sonst damit einen wahren Paroxysmus von Schmerz und Spasmus des Darmes erzeugt, welcher das Eindringen des Wassers in die höheren Darmabschnitte verhindert. Ferner ist zu bemerken, dass das erste Klysma nur Schleim herausbefördert, während weiter oben, wo das Wasser infolge der spastischen Darmkontraktion nicht hindrang, fast immer harte Kotmassen liegen, die unbedingt entfernt werden müssen. Deshalb gibt man 1—2 Stunden nach dem Wassereinguss ein möglichst hochgeführtes Olklistier (300—500 ccm), welches möglichst lange gehalten werden soll. Gewöhnlich sinken die Kranken dann unter dem Einfluss des Narkotikums in Schlaf; nach dem Erwachen werden Öl, Schleim und Kot schmerzfrei entleert, der Anfall ist überwunden. Die kausale Behandlung muss in erster Linie der Darmtätigkeit Beachtung schenken, weil man durch deren Regelung jede Colica mucosa mit Sicherheit rasch heilen kann (?). Obschon man durch möglichste Schonung des Darmes, also reizlose, schlackenarme, einfache Kost und systematische Ölklysmen die motorische Leistungsfähigkeit des Darmes bessern kann, scheinen doch bei dieser Behandlung Rückfälle nicht selten zu sein. Deshalb hat v. Noorden schon vor Jahren auf Grund seiner Erfahrung den Kranken mit Colica mucosa gerade eine sehr grobe und an unverdaulichen Schlacken reiche Nahrung, namentlich mit reichem Gehalt an Zellulose gegeben. Diese fällt im Darm zum Teile bakterieller, sehr langsamer

Digitized by Google

Zersetzung anheim; die durch diese Zersetzung entstehenden Gase verhindern die Bildung harter Kotballen. Der bei zellulosereicher Kost entleerte Stuhlgang ist stets weich, wodurch gerade diese Ernährungsweise für die Kranken mit Colica mucosa angezeigt erscheint. Bei dieser Diätetik bedarf es keiner weiteren Unterstützungsmassregeln durch Ölklistiere etc. Erleichtert wird der Erfolg durch den Gebrauch gewisser Mineralwässer, wie Kissingen, Homburg und andere Kochsalzquellen. Ein weiteres Hilfsmittel ist Massage des Dickdarms, besonders der Flexura sigmoidea, welche jedoch nur bei der schlackenreichen Nahrung vorteilhaft wirkt, sonst aber, bei strengen diätetischen Massregeln, direkt kontraindiziert ist. Die Kost enthält neben den gewöhnlichen Speisen Hülsenfrüchte, zellulosereiche Gemüse, grobschalige und kleinkernige Früchte, Speck, Fett, namentlich aber grosse Mengen groben Schrotbrotes. Bei dieser Kost verbleiben die Kranken 3—5 Wochen. Nachdem Regelung des Stuhlganges eingetreten ist, kehrt man zur gewöhnlichen Lebensweise zurück. Erfolg ist dann erst erreicht, wenn die Kotbildung und Austreibung dauernd normal bleibt. Dann wird auch die Colica mucosa nicht wiederkehren. Daneben ist auch der allgemeine Ernährungszustand zu berücksichtigen. Da es sich meist um in der Ernährung herabgekommene, nervöse Individuen handelt, für welche eine Mastkur angezeigt ist, ist Besserung des Ernährungszustandes Vorbedingung dauerhafter Besserung. Es ist also das Ziel jeder Kostordnung, Gewichtszunahme der Kranken zu erreichen, was am ehesten durch gewaltige Steigerung der Fettzufuhr gelingt. Zunahmen von 6—16 kg, durchschnittlich 10 kg, wurden in 3—6 Wochen stets erreicht. Von hydrotherapeutischen oder elektrischen Prozeduren ist zum mindesten während der ersten vier Wochen völlig abzusehen. Die Erfolge waren in 79% der Fälle vollständige (?).

Die Therapie der spastischen Obstipation und des Enterospasmus hat nach Dr. Singer (Wien) vor allem kalmierende, krampflösende Massnahmen zu bevorzugen. Strenge zu verwerfen sind Abführmittel, deren fortgesetzter Gebrauch Spasmen am Darmkanal provoziert oder die Neigung zum Auftreten derselben entschieden begünstigt. Ebenso kontraindiziert sind die bei der atonischen Form so bewährten, mechanisch wirkenden Prozeduren, die Massage und die Elektrizität. Ölklistiere haben einen guten Erfolg. Dauernde Einwirkung bringen die mehr der nervösen Grundlage angepassten hydriatischen Prozeduren, die ableitend wirken. Dem Verfasser hat sich die Applikation der feuchten Wärme auf das Abdomen besonders bewährt, und er hat sie in Form der Kombination der Leibbinden mit dem Thermophor zur Anwendung gebracht. Auch warme Kataplasmen, Sitzbäder wirken günstig ein. Das souveräne Mittel ist die Belladonna, die Verfasser in Form von Suppositorien verabreicht. Seit mehreren Jahren verwendet Verfasser bei der spastischen Obstipation die Einführung von Bougies in den Mastdarm mit sehr gutem, oftmals sogar mit überraschendem Erfolge, insofern in der grösseren Zahl der Fälle der Mastdarm der Hauptsitz der spastischen Erscheinungen ist. Die Einführung der Bougie in den Kontraktionsring des Sphincter internus (vorsichtig in Knieellenbogenlage) wirkt krampflösend und stuhlerregend.

Dr. Westphalen empfiehlt lauwarme Duschen als wirksames Mittel gegen die chronische spastische Obstipation. Von sehr grossem Nutzen sind die protrahierten warmen Sitzbäder, warme (28° bis 30° R) Vollbäder, Thermophor auf das Abdomen, Stammumschlag, mit dem Schlauch mit durchfliessendem heissen (40° R) Wasser, welches täglich für eine halbe Stunde angelegt wird. Bekannt ist die vortreffliche Wirkung der Dampfbäder, namentlich bei den auf Bleiintoxikation basierenden Formen. Warme Dampfkompressen, Irrigationen täglich mit 1—2 l Wasser vorgenommen, beseitigen ebenfalls prompt den Spasmus. Bei Spasmus im untersten Ende des Darmes ist der Atzenbergersche Apparat, durch den man 20—25 Minuten lang 30° R Wasser zirkulieren lässt, angezeigt. Die Anwendung diätetischer Massnahmen, namentlich zellulosereicher Kost ist nach allen praktischen Erfahrungen indiziert und sehr günstig.

Dr. Delius (Hannover) behandelt die

Digitized by Google

Obstipation durch hypnotische Suggestion. Bei der Verstopfung handelt es sich nach Delius in erster Linie um die Trägheit der Innervation des Sympathikus. Durch die hypnotische Suggestion regt man die trägen Automatismen wieder an und indem man täglich zur bestimmten Zeit eine kräftige Innervationswelle erfolgen lässt, gewöhnt man diese unbewussten Automatismen wieder an die Norm. Umgekehrt geschieht es bei den funktionellen Diarrhöen. Die hypnotische Suggestion wirkt um so besser, je tiefer die Hypnose ist. Bei 84 Obstipationen hat Delius 4% Misserfolge, 15% Besserungen und 79% Heilungen aufzuweisen. 38% der Geheilten sind definitiv geheilt geblieben, während von den übrigen spätere Nachrichten fehlen.

Prof. Schmidt (Dresden) will die Anwendbarkeit dieses Verfahrens beschränkt wissen. Die primäre Störung bei Obstipationen sei in der motorischen Sphäre des Darms zu suchen. Bei der Obstipation hat Schmidt übermässig gute Ausnützung der Nahrungsmittel gefunden. Selbst der Zellulosegehalt sei vermindert dem normalen gegenüber. Auf vermehrte Zersetzung durch Bakterien bei dem längeren Aufenthalt des Kotes sei dies nicht zurückzuführen, denn die Bakterien sind bei Obstipationen nicht vermehrt.

Dr. v. Áldor (Karlsbad) behandelt die chronischen Darmkatarrhe mit systematischen hohen Eingiessungen, ausgehend von der Voraussetzung, dass einerseits Mittel, welche bei dieser Krankheit sonst per os mit Erfolg verabreicht werden, bei lokaler Applikation ihre Wirkung besser entfalten, dass ferner die meisten Menschen selbst erheblich grössere Mengen als 1 l Flüssigkeit, unter entsprechenden Kautelen gut vertragen und lange behalten. Das Wesen des Verfahrens besteht in Eingiessung von bis zu 3 l 45°—50° Karlsbader Sprudelwassers nach vorhergehendem Reinigungsklysma. Die Eingiessung wird mittelst eines 8 mm starken, 85 cm langen, weichen Rohres appliziert, welches unter leichtem Drehen, ohne Stoss in seiner ganzen Länge emporgeführt wird. Ein Gummischlauch verbindet dieses Rohr mit einem Trichter. Die Eingiessungen werden einmal im Tage, beginnend mit 1 l, allmählich steigend 20—25 mal wiederholt. Sofort nachher erhält Patient einen Thermophor auf den Leib und bleibt solange als möglich, anfangs durchschnittlich ¾ Stunden, später auch 2—3 Stunden ruhig liegen. Einen schädlichen Einfluss dieser Flüssigkeitsmengen auf die Darmwandungen (Dehnung, Atonie) konnte Áldor nie beobachten. Die Bedingung des Erfolges liegt gerade in der möglichst hohen Einführung des Darmrohrs.

Dr. Boas (Berlin) wendet sich gegen v. Áldors Therapie, indem er darauf hinweist, dass ein so langes Rohr einerseits immer nur im S-romanum bleibt, und dass andererseits selbst durch einen in ganz gewöhnlicher Weise ausgeführten Einguss Flüssigkeit bis ins Cökum getrieben wird. Möglicherweise beruht die Hauptwirkung der v. Áldorschen Einläufe auf der hohen Temperatur, abgesehen davon, dass neben den Eingiessungen auch entsprechende Diätetik durchgeführt wurde.

Dr. Clemm (Darmstadt) empfiehlt bei der Behandlung von Dickdarmaffektionen, besonders solchen, welche mit einer vermehrten Schleimabsonderung einhergehen, Albarginklysmen. Die Anwendungsweise dieser Klysmen besteht darin, dass man 0,4 Albargin in ¼ l körperwarmen Wasser gelöst abends bei erhöhtem Steiss oder in linker Seitenlage in den Darm einlaufen lässt. Nachfolgender Lagewechsel auf den Bauch und die linke Seite ist empfehlenswert. Diese Einläufe, die nicht reizend wirken, werden vom Darm zurückgehalten und entfalten nach den Erfahrungen des Verfassers eine äusserst wohltätige Wirkung auf die Darmschleimhaut, besonders in der prompten Beseitigung übermässiger Schleimproduktion und der so oft dabei bestehenden Obstipation. Diese Wirkung trat auch in Fällen ein, wo wochenlang vorher Fleinersche Ölklistiere mehr oder weniger erfolglos angewandt waren, auch scheinen sie bestehende Affektionen der Gallenblase günstig zu beeinflussen. Die Albarginbleibeklistiere werden anfangs täglich, später dreimal und seltener pro Woche wiederholt.

In einem Falle von Colitis chronica ulcerosa, die jeder Behandlung trotzte, liess Dr. Boas eine temporäre Colotomie,

Digitized by Google

zur Ausschaltung des Kolons durch Anlegung einer Cökalfistel ausführen. Hernach wurden regelmässige Spülungen des Darmes nach beiden Richtungen vorgenommen; besonders gut waren Jodlösungen. In der ersten Zeit erfolgte der Stuhlgang noch teilweise rektal, schon nach vier Wochen lediglich durch das Cökum. Die weitere Schwierigkeit liegt aber in der Herbeiführung des Zeitpunktes, wann die Fistel geschlossen werden kann. Der einzige Stützpunkt ist die Untersuchung des Spülwassers. Noch nach sieben Monaten waren chemisch Blut und Charcotsche Kristalle nachweisbar; letztere müssen mit der Eiterung im Zusammenhang stehen. Hin und wieder fanden sich kleine Eiterpartikel. Fast ein ganzes Jahr später erst wurde die Fistel geschlossen. Es blieb eine kleine Kotfistel zurück, die aber auch zur Heilung kam. Patient ist jetzt völlig normal, hat täglich regelmässigen Stuhl; allerdings sind für die Stühle infolge der Inaktivitätsparese täglich Wasserklistiere nötig, es ist aber kein Blut und Eiter darin. Noch ein zweiter Fall ist ähnlich behandelt worden. Hier ist die glatte Heilung nicht erfolgt; es geht dem Kranken aber besser. Jedenfalls sind in schweren Fällen von chronischer Colitis die Aussichten der internen Behandlung geringfügig und in vorgeschrittenen Fällen ist die Ausschaltung des Kolons ein ausserordentlich brauchbares Mittel für die Heilung solcher schwerer ulzeröser Zustände.

Die adstringierende und styptische Wirkung des Alauns nach Scheidenausspülungen mit Alaunlösung beschränkt sich nach Dr. Nussbaum (Aschaffenburg) nicht nur auf Scheide und Gebärmutter, sondern ist auch am Rektum zu konstatieren. In mehreren Fällen, wo wegen Fluor albus und Descensus uteri Ausspülung der Scheide mit 1%iger Alaunlösung für morgens und abends verordnet war, trat nach einigen Tagen hartnäckige Obstipation ein; noch mehr war dies der Fall nach Anwendung von Scheidentampons mit Alaunglyzerin, wo noch die Wirkung des Glyzerins hinzukam. Bei Frauen, die ohnedies zu Obstipation neigen, muss man bei Anwendung von Alaun zu Scheidentampons oder Scheidenausspülungen daher oft gleichzeitig Abführmittel verordnen und jedenfalls die Patientinnen auf diese Nebenwirkung des Alauns aufmerksam machen. Auf diese Beobachtung gestützt, versuchte Nussbaum in zwei Fällen von akuter Diarrhöe durch öftere Anordnung von vaginalen Irrigationen mit Alaunlösung eine Heilung herbeizuführen und konnte man hierbei die adstringierende Wirkung des Alauns auf den Darm nach dieser Applikationsweise sehr gut beobachten.

Eine im Verlaufe einer Meningomyelitis luetica eingetretene, von Dr. Hamburger beobachtete Darmparese wurde durch Injektionen von Atropin, den ersten Tag 1 mg, nach 4 Stunden 2 mg, am 2. Tag mehrmals 1 mg, 2mal 2 mg, behoben. Erfolg trat erst am zweiten Tage ein.

Dr. Moskowicz (Wien-Döbling) sah vom Physostigmin bei gefahrdrohendem Meteorismus, namentlich nach Operationen, sehr guten Erfolg. 3 hochgradig geschwächte Kranke ertrugen Dosen von 1 mg sehr gut. Diese Menge und in 2 Fällen eine halb so grosse Dosis in grösserem Intervall 2mal nacheinander haben hochgradig aufgetriebene Därme prompt zur Kontraktion gebracht. In 2 Fällen schien des lebensrettend zu wirken. An den übrigen Organen wurden schlimme Nebenwirkungen nicht wahrgenommen.

Dr. van Brero (Buitenzorg, Java) schildert die Behandlung der katarrhalischen Dysenterie in den Tropen. Die Therapie umfasst: 1. Vermeidung jeder Erkältung (wollene Leibbinde, Strümpfe). 2. Bettruhe im akuten Stadium. 3. Diät. Im Anfang leicht verdauliche, weiche Nahrung, hauptsächlich Mehlspeisen. Milch als solche wird in diesem Stadium bisweilen in Form kleiner weisser Flocken im Stuhl gefunden. Besser scheint daher die Darreichung mit Reis, Sago, Maizena u. dergl. Nach Aufhören der stürmischen Erscheinungen wird ziemlich schnell zu etwas festeren Speisen und je nach der Besserung allmählich zu den gewöhnlichen Speisen übergegangen. Alkoholika sind nachteilig, besonders französischer Rotwein, welcher Diarrhöe verursacht. 4. Intern: Bismutum salicylicum. Gaben von 10,0 g täglich können lange genommen

Digitized by Google

werden. Im Anfang nicht immer unvermeidlich ist das Opium; leider verursacht es bald Dyspepsie. 5. Extern: Darminfusionen mit einer rosaroten Lösung von Kalium permanganicum (1 l), welche 40° C Temperatur im Trichter hat. Man macht die Irrigationen 4- bis 5 mal täglich mit soviel Flüssigkeit, wie zur Reinigung des Rektums nötig ist. Dadurch vermindert sich die Zahl und Heftigkeit der Tenesmi. Als Getränk nimmt Patient statt Wasser ein Infus von Djambu-bidji-Blättern, soviel als nötig ist, um diesen die Farbe eines gewöhnlichen Teeaufgusses zu verleihen (50,0 g frische oder 25,0 g getrocknete Blätter auf 200 ccm Aqua eine halbe Stunde infundieren lassen). Bei der grossen Neigung zu Rezidiven ist es vorsichtig, das Infus, wie auch das Bismut. salicyl., in kleineren Dosen längere Zeit zu nehmen. Das Infus der Djambu-bidji-Blätter ist ein bekanntes und beliebtes Volksmittel, das in der medizinischen Welt noch keine genügende Würdigung gefunden hat. Ob die Wirkung dem Tanningehalt zugeschrieben werden muss, oder ob noch ein anderer Einfluss besteht, mag dahingestellt bleiben.

Zur Behandlung der Dysenterie in den Tropen benützt Dr. Köhler (Caracas) folgende von den Eingeborenen angewandte Mittel: Cortex Granati, Cortex Simarubae und Kampechesholz. Gewöhnlich wird es einzeln oder gemischt verwandt, indem man die zerkleinerte Masse mit Wasser übergiesst und in die Sonne setzt; Tags darauf ist das Infus zum Gebrauche fertig. Zwar wurden öfter die grösseren Quantitäten vom Magen aus nicht gut angenommen und ein Teil wieder ausgebrochen, aber das Resultat in bezug auf Heilung der Krankheit war immer ein zufriedenstellendes. Diesen Übelstand des Erbrechens suchte Köhler dadurch zu beseitigen, dass er die vorher genannten drei Medikamente nicht mehr in Form eines Infuses nehmen liess, sondern als Fluidextrakt mit einem kleinen Zusatz von Argentum nitricum. Die Wirkung dieser Zusammensetzung übertraf Verfassers kühnste Erwartungen. Leute mit den schwächsten Magen und Kinder im zartesten Alter konnten ohne jegliche Nebenwirkung diese so hergestellte Medizin vertragen, und das Überraschendste bei dieser Art der Behandlung war, dass ausnahmslos selbst in den schwersten Fällen sich innerhalb der ersten 12 Stunden eine Besserung bemerkbar machte. Die Verordnung bestand darin, von dieser Medizin alle 12 Stunden einen Esslöffel voll zu nehmen, ausserdem alle 24 Stunden eine Injektion von 1 Liter sterilisierten Wassers zu machen und sich ausschliesslich von gekochter Milch zu nähren. Betreffs der Diät ist noch zu erwähnen, dass nichts so schädlich wirkt, wie Rotwein, welcher selbst in kleinster Quantität genossen, neue Blutungen hervorruft. Deshalb verordnet Verfasser jetzt stets abgekochtes Wasser mit Rum oder Brandy, je nach den Mitteln und der Geschmacksrichtung des einzelnen Patienten.

Prof. Kruse (Bonn) hat durch Behandlung von Pferden und Eseln mit Ruhrbazillen ein Serum hergestellt, das er in 100 Fällen von Dysenterie erprobte. Die Mortalität betrug 8%, während sonst 10—11% als die gewöhnliche Sterblichkeitsrate angegeben werden. Nach Ausschaltung der aus der Privatpraxis stammenden, naturgemäss besonders schweren Fälle starben von den 80 Krankenhausfällen 5%. Darunter befanden sich 2, die in extremis eingeliefert wurden, und ein Phthisiker, bei dem es sich möglicherweise um Darmtuberkulose gehandelt hat. 19 von diesen Patienten standen in einem Alter von unter 10 Jahren; von diesen starben nur 5%, während die Sterblichkeit sonst in diesem Alter das 3—4 fache beträgt. Verfasser räumt die Einwände, die man gegen eine so kleine Statistik machen kann, selbst ein und führt selbst an, dass die Ruhrepidemie des vorigen Jahres sich durch besonders milden Charakter auszeichnete. Klinisch sollen sich die mit Serum behandelten Fälle durch besonders milden Verlauf, auffällig rasches Nachlassen der Stuhlentleerungen und kurze Dauer auszeichnen. Die Dosis des Serums betrug anfangs nur 10, später 20 ccm. Prophylaktische Einspritzungen wurden in 10 Fällen gemacht, von denen einer 3 Tage nach der Impfung (2 ccm) erkrankte; Verfasser enthält sich einer sicheren Aussage über ihren Wert. Die Anwendung des Serums

Digitized by Google

kommt nur in Betracht bei der echten epidemischen Bazillenruhr, nicht bei der Amöbendysenterie und der sogenannten Pseudodysenterie, die teils sporadisch, teils als Ruhr der Irren vorkommt.

Dr. Mery (Paris) empfiehlt nach Behandlung der Enteritis infantum durch die sogenannte Wasserdiät, welche für ihn das beste Mittel darstellt, nicht direkt zur Ernährung mit Milch zurückzukehren, sondern zur Übergangsperiode Abkochungen von Reis, von Mehl, Gemüsesuppen zu verwenden. Reis, mit Gemüsesuppe abgekocht, hat Mery die besten Erfolge gegeben, und zwar bessere als mit kupierter Milch oder mit Buttermilch; besonders gut waren die Resultate bei Kindern über 1/2 Jahr. Der direkte Übergang zur Milchnahrung ist hingegen oft von neuen Diarrhöeanfällen gefolgt und schliesslich, nach abwechselnden Stadien von Fieber und normalem Befinden, fällt das Kind immer mehr zusammen und unterliegt.

Dr. Kinner (Strassburg) hat das kolloidale Wismutoxyd, eine Verbindung des lysalbin- und protalbinsauren Natrons und des Wismutmetahydroxyds bei einer Reihe von magendarmkranken Säuglingen, die zum Teil noch an Skrofulose, Rachitis und Pneumonie litten und grösstenteils sehr atrophisch waren, als Ersatzmittel für Bismutose, Tannigen und Tannalbin in Anwendung gebracht. Bei allen diesen Säuglingen wurde die Behandlung mit Darmspülung, wie auch Magenspülung eingeleitet. Am ersten Tage erhalten die Kinder fast alle nur dünnen Tee oder Eiweisswasser, sodann Amme oder Kuhmilchverdünnungen, die in jedem Falle aus sterilisierter, dann gelabter Milch hergestellt werden. Das Wismut wurde immer erst gegeben, wenn durch die Änderung der Nahrung nach einigen Tagen die Stühle nicht normal geworden waren. Es wurde in 10%iger Lösung dargereicht und wurde in ausgedrückter Frauenmilch oder in jeder künstlichen Säuglingsnahrung durch die Saugflasche genommen, ohne Erbrechen zu erregen. Das Präparat wurde auch gut vertragen; die Stühle bekamen meist bald eine graugrüne Farbe und Salbenkonsistenz, wurden weniger zahlreich und kopiös, bei Wiederkehr der normalen Gewichtszunahme der Kinder. Meist genügten 3—4 tägliche Dosen von 5 ccm der 10%igen Lösung. Auch beim Auftreten normaler Stühle empfiehlt es sich, das Wismut noch einige Tage weiter zu geben und erst allmählich damit aufzuhören, da sonst öfters wieder schlechte Stühle auftreten. Ist die Verdauungsstörung durch Tabes mesaraica bedingt, so versagt das kolloidale Wismut wie jede andere Medikation. Seine Indikation findet es da, wo eine leichte sichere Adstringierung der Darmschleimhaut erwünscht ist, also bei entzündlichen Darmstörungen.

Dr. Weil, Dr. Lumière und Dr. Pehu haben durch direkte klinische Erfahrung feststellen können, dass die Gelatine besser und rascher als Bismut und Tannin (und ihre Derivate, wie Bismuthose, Tannalbin und Tannigen) die Brustkinderdiarrhöen, welche sich noch nicht bis zur Cholera infantum entwickelt haben, zum Verschwinden bringt. Wichtig ist es auch, dass bei dieser Behandlung alle Arzneien, die irgend eine direkte oder kumulative toxische Wirkung auszuüben im stande sind, vermieden werden können. Die Gelatine selbst ist harmlos unter der Voraussetzung, dass sie nur in sterilisiertem Zustande gebraucht werde. Da sie ferner geschmacklos ist, so wird sie von Kindern gern genommen, was für die Praxis auch nicht zu unterschätzen ist. Man verordnet eine 10%ige Lösung chemisch reiner (gelber oder weisser) Gelatine in siedendem Wasser. Die Lösung wird filtriert, während sie noch heiss ist und dann im Autoklav bei 120° eine halbe Stunde lang sterilisiert. Alsdann wird sie, noch vor ihrem Erkalten, in Probierröhrchen gegossen. Jedes Probierröhrchen erhält 10 ccm der 10%igen Lösung, also 1,0 Gelatine. Dieses Quantum wird, nach vorläufigem Erwärmen, zu jeder Flasche sterilisierter Milch, die man dem Kind zu saugen gibt, zugetan. Man beginnt mit drei solchen Dosen pro Tag, also mit 3,0 Gelatine pro die, und steigt jeden folgenden Tag um 1,0 bis man die tägliche Dosis von 6,0 bis 8,0 Gelatine erreicht. Aber man kann Säuglingen auch 12,0—14,0 Gelatine per

Digitized by Google

Tag anstandslos geben. Unter dem Einfluss dieser Behandlung nehmen die Stühle ihre normale Farbe und Konsistenz rasch an und die Diarrhöe verschwindet. Bei Residiven führt eine abermalige Anwendung der Gelatine ebenso rasch zum Ziel. Nur die förmliche Cholera infantum widersteht der Gelatinebehandlung. Auch bleibt letztere ohne Wirkung auf die Lungenkomplikationen, welche sich in einigen Fällen von Diarrhöe bei Säuglingen entwickeln.

Bei Sommerdiarrhöe des Kindes hat sich Prof. Ortner (Wien) folgende Ordination bewährt:

Rp. Tannalbin. (Knoll) 0,3—0,5
Calomelan. 0,005
M. f. p. Dent. tal. dos. Nr. X
S. 3—4 mal tägl. 1 Pulver in Reisschleim.

Kinder bis zu drei Monaten erhalten 0,3, ältere Kinder 0,5.

Prof. Strauss (Berlin) empfiehlt zur Rektoskopie das von ihm konstruierte Insufflations-Rektoskop. Das Instrument besteht aus einem Tubus, der an der Aussenseite mit einer in Zentimeter geteilten Skala versehen ist, während er an der Innenseite geschwärzt ist. Der Tubus, der in drei verschiedenen Längen (von 15, 25 und 35 cm) vorrätig ist, zeigt ein Lumen von 2 cm (bezw. von 1,6 cm bei der längsten Röhre). An der rechten Seite des Tubus befindet sich direkt vor dem sich konisch erweiternden, mit einem Handgriff verbundenen Endstück ein senkrecht zum Tubus stehendes schmales Röhrchen, welches zur Aufnahme des später zu besprechenden Gebläses bestimmt ist. Zum Verschluss des Tubus bei der Einführung dient ein Obturator, der an seinem einen Ende einen Handgriff, am anderen ein kolbiges Ende trägt, das mit zwei seitlichen Rinnen versehen ist. Zur Beleuchtung dient eine spezielle Vorrichtung. Verfasser beschreibt ausführlich die zu einer erfolgreichen Benutzung des Instrumentes geeigneten Vorbereitungen des zu Untersuchenden und die Methodik der Einführung.

Desinfektionsversuche im menschlichen Dünndarm von Dr. v. Mieczkowski (Mitt. a. d. Grenzgeb. — Schm. Jahrb. 277. Bd. 2. H.). — Untersuchungen über die Bakterienmenge in menschlichen Fäces von Dr. Strasburger (Zeitschr. f. klin. Med. — Schm. Jahrb 277. Bd. 3. H.). - Zur Diagnose multipler Darmstenosen von Prof. Schlesinger (Zentralbl. f. inn. Med. Nr. 2). — Über intestinale Autointoxikation von Dr. Stürtz (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 23). — ber die Schleimkolik des Darmes (Colica mucosa) und ihre Behandlung von Prof. v. Noorden und Dr. Dapper (Samml. klin. Abh. 3. H. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 4. H.). — Die spastische Obstipation von Dr. Sänger (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 14). — Über die chronische spastische Obstipation von Dr. Westphalen (Wien. klin. Rundschau. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 3. H.). — Dr. Delius und Prof. Schmidt über die Behandlung der funktionellen Störungen des Stuhlganges, besonders der Obstipation durch hypnotische Suggestion auf der Naturforscherversammlung in Kassel (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 42). — Über die Behandlung chronischer Dickdarmkatarrhe mit hohen Eingiessungen von Dr. v. Áldor (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 19. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 7. H.). — Zur Behandlung chronischer Dickdarmkatarrhe von Dr. Boas (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 22). — Albarginklysmen bei Dickdarmaffektionen von Dr. Clemm (Arch. f. Verd.-Kr. 9. Bd. 1. H. — Ther. d. Gegenw. 4. H.). — Dr. Boas über chirurgische Behandlung der Colitis ulcerosa chronica in der Berliner medizinischen Gesellschaft (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 4).— Über die Wirkung des Alauns auf den Darm nach vaginalen Irrigationen mit Alaunlösung von Dr. Nussbaum (Neue Ther. Nr. 11. — Ärztl. Praxis Nr. 20). — Atropinbehandlung eines Falles von Darmparalyse mit Ileuserscheinungen im Verlaufe einer Meningomyelitis luetica von Dr. Homburger (München. med. Wochenschr. Nr. 6). — Physostigmin gegen gefahrdrohenden Meteorismus von Dr. Moskowicz (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 4). — Einiges über die Therapie der katarrhalischen Dysenterie in den Tropen von Dr. v. Brero (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. — Ther. Monatsh. 9. H.). — Zur Behandlung der Dysenterie in den Tropen von Dr Köhler (Ther. Monatsh. 9. H.). — Die Blutserumtherapie bei der Dysenterie von Prof. Kruse (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 1 u. 3. — Ther. Monatsh. 5. H.). — Dr. Mery über Behandlung der Gastroenteritis der Kinder durch Vegetabilien in der Société de Pédeatrie zu Paris (Münch. med. Wochenschr. Nr. 48). — Das kolloidale Wismuthoxyd bei den Verdauungsstörungen im Säuglingsalter von Dr. Kinner (Münch. med. Wochenschr. Nr. 29). — Gelatine bei Brustkinderdiarrhöe (Lyon médical Nr. 34. — Ther. d. Gegenw. 10. H.). — Tannalbin bei Sommerdiarrhöe der Kinder von Prof. Ortner (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 35.) — Zur Methodik der Rektoskopie von Prof. Strausss (Berl. klinische Wochenschr. Nr. 48).

Diabetes insipidus. Prof. Přibram (Prag) teilt seine klinischen Beobachtungen bei zehn Fällen von Diabetes insipidus mit. Die Harnmenge betrug fünf bis zehn Liter pro die. Bei den männlichen Kranken erlosch seit Beginn der Krankheit die Potenz, bei zwei weiblichen Kranken zessierten seitdem die Menses.

Digitized by Google

In zwei Fällen trat genuine Optikusatrophie, in einem Falle eine hämorrhagische Diathese ein; die Patellarreflexe waren meist gesteigert. Die daraufhin untersuchten Kranken waren Bradyuriker Gesunden gegenüber. Über die Ursache der verlangsamten Wasserausscheidung gehen die Ansichten noch weit auseinander. Therapeutisch erwies sich Ergotin bei wochenlanger Darreichung neben langsamer Wasserentziehung zweckmässig, wenn auch damit nur eine Besserung, keine Heilung erzielt wurde.

Dr. Wolff versuchte die Behandlung eines Falles von hereditärem Diabetes insipidus mit Sekale im Infus 6,0:200 zwei- bis dreimal täglich ein Esslöffel, nachdem alle anderen therapeutischen Mittel (Opium, Aspirin etc.) erschöpft waren. Die Urinmenge sank sehr bald von 7000—11000 auf 5000—6000, um dann bald nur noch zwischen 2000—3000 zu schwanken. In weiteren drei Monaten der Beobachtung hielt sich die Harnmenge zwischen $1^1/_2$ und $2^1/_2$ Liter. Dabei fühlte sich Patient subjektiv wohl. Vom ersten Tage der Sekaledarreichung schwand das Durstgefühl vollkommen, das Gewicht nahm um acht Pfund zu. In einem zweiten Falle war die Wirkung des Sekale nicht so prompt, doch sank die Harnmenge von 5500 bis 7000 dauernd auf 4000—3800.

Dr. Feilchenfeld (Berlin) empfiehlt Strychnininjektionen zur Bekämpfung von Polyurie, insbesondere beim Diabetes insipidus.

Klinische Beobachtungen bei 10 Fällen von Diabetes insipidus von Prof. Pfibram (Deutsches Arch. f. klin. Med. 76. Bd. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 28). — Über Diabetes insipidus von Dr. Wolff (Münch. med. Wochenschr. Nr. 23). — Strychnininjektionen bei Polyurie von Dr. Feilchenfeld (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 31).

Diabetes mellitus. Prof. Ebstein (Göttingen) fasst die „unheimliche Trias" von Fettsucht, Gicht und Diabetes unter den Namen „vererbbare zellulare Stoffwechselkrankheiten" zusammen und führt die Fettsucht und den Diabetes auf eine mangelhafte Funktion des Zellleibes und die Gicht auf eine solche des Zellkernes sämtlicher arbeitender Zellen — der sogenannten Biogene (Verworn) — zurück. Für die Gicht nimmt er eine vermehrte Harnsäureproduktion, für den Diabetes eine Verminderung der „inneren Atmung" an. Er hält an der Einheit des Diabetes fest und glaubt, dass Pankreasstörungen nur mittelbar einen Diabetes erzeugen können, indem sie die innere Atmung der Biogene stören. Ebstein betont, dass seine Auffassung vor allem mit der Erscheinung einer individuellen Verschiedenheit in der Arbeit der Biogene bei einzelnen Menschen sehr gut in Einklang stehe, und dass sie eine Reihe wertvoller Gesichtspunkte für Prophylaxe und Therapie eröffnen. Denn die Arbeit der Biogene lässt sich durch entsprechende Ernährung, durch Änderung des Stoffverbrauches auf dem Wege richtig dosierter Körperbewegung und durch ähnliche Massnahmen ärztlich beeinflussen.

Dr. Loeb hat auf Prof. v. Noordens Abteilung in Frankfurt a. M. in zwei Fällen Untersuchungen über die Abhängigkeit der Oxybuttersäureausscheidung von der Fettzufuhr angestellt. Er fand dabei eine enorme Abhängigkeit der Oxybutterausscheidung von der Fettzufuhr und ein analoges Verhalten auch bezüglich der Acetonwerte im Urin. Loeb sieht auf Grund spezieller mit Fettsäuren ausgeführter Versuche als Quelle der Vermehrung der Oxybuttersäure unter dem Einfluss der Fettzufuhr die Fettsäuren an, und zwar sowohl niedere als auch höhere Fettsäuren, was in Übereinstimmung mit den mit buttersaurem Natron ausgeführten Versuchen früherer Autoren steht.

Die Hauptergebnisse von weiland Dr. Schwarzs (Prag) Untersuchungen über Diabetes sind folgende: 1. Beim gesunden, wohlernährten Menschen führt Fettzufuhr nur nach grösserer Menge eine geringe Zunahme der Acetonausscheidung herbei und auch dies nicht ausnahmslos. 2. Die Acetonkörperausscheidung bei Hunger, P-Vergiftung, bei Karzinom und anderen konsumierenden Krankheiten, sowie nach Narkosen, ist wahrscheinlich auf Einschmelzung von Körperfett zurückzuführen. 3. Beim schweren Diabetiker kann sowohl das Nahrungsfett, als auch bei darniederliegender Kohlehydratverbren-

Digitized by Google

nung das Körperfett Acetonurie bedingen. 4. Butter führt eine stärkere Zunahme der Acetonkörper herbei, als das aus hohen Fettäuren bestehende Schweine- und Rinderfett. Die dem Diabetiker zu gestattende Fettmenge kann deshalb nicht unbeschränkt sein, sondern ist individuell jeweils nach der Intensität der Acetonkörperausscheidung zu bestimmen. 5. Die Einhaltung eines Hungertages beim Übergang von der gemischten zur kohlehydratfreien Kost scheint die Entzuckerung zu beschleunigen. 6. Der Fettgehalt des Blutes scheint beim schweren Diabetiker etwas höher zu sein, als bei Nichtdiabetikern; Lipämie kommt bei ihm auch bei fettfreier Kost und ausserhalb des Komas vor und kann lange symptomlos bestehen. Alimentäre Lipämie ist nach grösserer Fettzufuhr beim schweren Diabetiker die Regel; das Diabetikerblut bedingt wahrscheinlich eine Herabsetzung der lipolytischen Fähigkeit. 7. In einer Reihe diabetischer Harne fand sich Lävulose, in einigen abhängig von Kohlehydratgenuss, aber auch ohne solchen. Lävulose scheint nicht in allen Fällen von Diabetes leichter assimilierbar als Traubenzucker zu sein und kann auch gelegentlich beim Nichtdiabetiker ohne gleichzeitige Glykosurie im Harn vorkommen.

Von Dr. Kolisch und Dr. Schumann-Leclerq (Karlsbad) an Diabetikern vorgenommene Versuche ergaben, dass in der Diabetikerkost die weitere Zufuhr von Kohlehydraten nur zu einer relativ geringfügigen Steigerung oder gar zu einer bedeutenden Herabsetzung der Glykosurie führte, wenn gleichzeitig die Eiweisszufuhr reduziert wurde.

Auch Dr. Lenné (Neuenahr) will die Einschränkung des Eiweisskostmasses bei allen Diabetikern gehandhabt wissen. Diese Forderung, das stickstoffhaltige Nährmaterial nur in beschränkter Höhe zu verabreichen, erklärt auch seine ablehnende Stellung gegenüber den stark eiweisshaltigen Brotfabrikaten (Aleuronat-, Roborat-, Porter-, Kraft- etc. Brot). Den Kranken wird in diesen Broten eine solche Menge Eiweiss zugeführt, dass die anderweitige Eiweissernährung erschwert wird. Die Entdeckung, dass einzelne Eiweissarten ein Kohlehydratradikal im Molekül vorgebildet besitzen, andere nicht, hat für die praktische Verwertung kein Ergebnis gehabt. Ob mit oder ohne Kohlehydratradikal, auf die Zuckerausscheidung zeigte sich bei den entsprechenden Ernährungsversuchen kein Einfluss. Auch Autors dahin zielende Untersuchungen am Kranken mit kohlehydratfreien Eiweissstoffen, Käse und Gelatine, liessen keine Einwirkung erkennen und die Annahme wird zunächst noch zu Recht bestehen, dass der Organismus das Kohlehydrat aus C-, H-, O-Molekülen selbständig aufbaut, dass demnach eine besondere qualitative Wahl der Eiweissnahrung nicht erforderlich ist. Den Zusammenhang zwischen Fettsäuregehalt der Nahrung und Säurebildung im Organismus will Autor nicht als endgültig abgetan ansehen. In der Praxis beobachte man unzweifelhaft, dass der Durchschnittsdiabetiker ganz erhebliche Mengen Fett (Butter, Salatöl) verzehrt, ohne dass Säuren sich nachweisen lassen, dass vielmehr die Acidose erst auftritt, wenn der Eiweissumsatz ein abnorm hoher ist, wobei der Organismus sich meist im Stickstoffdefizit befindet. Alsdann finde man die Säuren selbst bei geringer Fettzufuhr, ja die Säuren treten unstreitig am häufigsten und reichlichsten bei jenen abgemagerten, fettlosen Diabetikern auf, deren Ernährung höchst mangelhaft und bei welchen die Fettzufuhr gleich Null ist. Jedenfalls hält er eine Beschränkung der Fetternährung beim Diabetiker trotz dieser Abhängigkeit von Säurebildung und Fettzufuhr nicht angezeigt. Autor ist ferner durchaus nicht überzeugt von der Abhängigkeit jedes Coma diabeticum von der β-Oxybuttersäure, er glaubt vielmehr gleich anderen Autoren, dass die Veränderungen im Organismus, die abnormen Verhältnisse des Stoffwechsels, welche das Koma herbeiführen, auch die Hyperacidose bedingen. Müsste sonst eine frühzeitig eingesetzte Alkalitherapie nicht rettend wirken?! Und doch die wenigen Fälle, in welchen er in der Lage war, Monate lang, ehe noch das geringste Anzeichen von Koma vorhanden war, das Alkali in grösseren Gaben (20—50 g pro die) zu verabreichen, konnten ihrem Geschick nicht entgehen, und beim ausge-

Digitized by Google

brochenen Koma hat seines Wissens die Behandlung mit doppelt-kohlensaurem Natron noch immer versagt. Die von Schwarz mit vorübergehendem Erfolg angewandte Glukonsäure bedarf noch weiterer Nachprüfung. So müssen wir uns zunächst noch dem Koma gegenüber als machtlos erklären. Leider besitzen wir überhaupt gegen die diabetische Erkrankung kein Heilmittel. Die von Winternitz empfohlene Milchdiät kommt vielleicht als Entziehungskur in Betracht, als Diabetikerernährung ist sie nach Autors Beobachtungen nicht anzuraten, denn sämtliche Kranken zeigten eine dauernd hohe oder gar eine Steigerung der Zuckerausscheidung; dabei ist absolute Milchdiät bei Erwachsenen sehr schwer durchführbar. Sogenannte Spezifika gegen Diabetes sind auch noch nicht entdeckt worden, obwohl fast jeder Tag neue Anpreisungen solcher Mittel bringt. Nur die altbekannte Tatsache steht fest, dass beim Genuss alkalischer Heilwässer die Toleranz für Kohlehydrate sichtlich gesteigert wird.

Diabetiker, die bei völlig strenger Diät nicht oder nur vorübergehend zuckerfrei werden, kann man, wie Prof. v. Noorden (Frankfurt a. M.) angibt, manchmal schnell und sicher von der Glykosurie befreien, wenn man ihnen nichts anderes, als sehr grosse Mengen von Hafer gibt; daneben sind noch Butter und einfache Eiweisskörper zulässig, aber keine anderen Kohlehydrate und kein Fleisch. Nach längeren Versuchen mit anderen Präparaten bringt Verfasser jetzt nur noch das Knorrsche Hafermehl oder die Hohenloheschen Haferflocken bei den Haferkuren zur Anwendung. Die Substanz wird sehr lange mit Wasser und etwas Salz gekocht; während des Kochens wird Butter und ein vegetabilisches Eiweiss oder, nach Abkühlung, geschlagenes Eiereiweiss hinzugesetzt. Gewöhnlich wurde zu diesem Zwecke Roborat oder auch ein aus der Bremer Brotfabrik bezogenes Reiseiweiss verwendet. Die gewöhnlichen Tagesmengen waren sofort von Beginn der Haferkur an: 250 g Hafer, 100 g Eiweiss, 300 g Butter. Die mit diesen Hilfsmitteln bereitete Suppe wurde zweistündlich gegeben. Daneben wurde manchmal etwas Kognak oder Wein und etwas schwarzer starker Kaffee gestattet. Die Erfolge dieser Haferkur waren oft überraschende, wenngleich sich die Kur nicht wahllos für alle Fälle eignet.

Dr. Kaufmann stellte an Professor v. Noordens Abteilung Versuche über die Einwirkung von Medikamenten auf die Glykosurie der Diabetiker an. Aus der langen Reihe von Beobachtungen ergibt sich vor allem immer wieder die Tatsache, dass alle Medikamente an Wert weit hinter der diätetischen Behandlung des Diabetes zurücktreten und dass selbst da, wo tatsächliche Erfolge in bezug auf Hebung der Toleranz oder schliessliche Tilgung der glykosurischen Disposition erzielt wurden, dieser Erfolg sich ausnahmslos an die diätetische Behandlung anknüpfte, so dass es vorderhand als ein den Kranken entschieden benachteiligender Irrtum anzusehen ist, wenn man glaubt, jedem durch irgend ein Medikament oder Präparat gewisse diätetische Beschränkungen und Entbehrungen ersparen zu können. Als durchaus zweifelhaft bezw. äusserst gering erwies sich der Einfluss von Chloralhydrat, Piperazin, Jodpräparaten, Arsen, Chinin, Methylenblau, Myrtillus, Leinsamentee, Bohnenschalentee, Alkalien, Kali-, Uran- und Ammoniaksalzen, Pankreas- und Leberpräparaten, Kokain, Pilokarpin und Ergotin. Die Prüfung der Wirkung von Geheimmitteln wie Glykosolvol, Saccharosolvol und Antimellin ergab gleichfalls, selbst wenn man nicht aus Gründen der ärztlichen Ethik von ihrer Anwendung prinzipiell absehen wollte, jedenfalls ihre vollständige Entbehrlichkeit und Nutzlosigkeit. Als vielleicht etwas wirksam, aber wegen ungünstiger Beeinflussung des Gesamtorganismus oder wegen ihrer bei längerer Darreichung nicht zu unterschätzenden Giftwirkung als mindestens bedenklich sind zu bezeichnen: Antipyrin, Karbolsäure und Sublimat. Nur unter besonderen Bedingungen als empfehlenswert, aber meist wirkungslos erscheinen Bromkali und Karlsbader Salz, letzteres wenigstens bei häuslicher Trinkkur, während demgegenüber Verfasser die wertvollen Erfolge der Karlsbader Kur in ihrer Gesamtheit nicht in Abrede stellen will. Als Medikamente, denen schliesslich eine

Digitized by Google

deutliche Wirkung auf die Intensität der Glykosurie zuzuschreiben ist, restieren: das Opium, die Salizylsäure und ihre Derivate Salol und Aspirin, schliesslich in gewissem Grade das Jambulextrakt. Die Indikationen dieser drei Stoffe charakterisiert Kaufmann in folgender Weise: Opium eignet sich für schwere Fälle, wenn es nicht gelingt, durch Anziehen der Diät eine Glykosurie völlig zum Schwinden zu bringen. Namentlich kann das eine wichtige Aufgabe sein, wenn komplizierende Neuralgien, Neuritiden, Katarakt, Amblyopien vorliegen, die sich erfahrungsgemäss sehr viel schneller bessern, sobald die letzten Spuren von Zucker aus dem Harn geschwunden sind. Die Salizylpräparate, unter denen Verfasser das Aspirin wegen des Ausbleibens unangenehmer Nebenwirkungen bevorzugt, kommen nur bei Fällen mit leichter oder mittelschwerer Glykosurie in Betracht, bei denen sich eine mit unverkennbarer länger dauernder Nachwirkung verbundene Verminderung der Zuckerausscheidung konstatieren liess. Am sinnfälligsten waren die Resultate, wenn noch kleine Reste von Zucker im Harn verblieben sind und man Anlass hat, den heroischeren und für den Patienten unangenehmeren Weg einer weiteren Verschärfung der Diät zu vermeiden. Auch schien sich nach vollzogener Entzuckerung der Körper unter dem Schutz gleichzeitig gereichter Salizylpräparate leichter wieder an Kohlehydrate zu gewöhnen. Unter der Anwendung des Jambulextraktes schienen gleiche Mengen Kohlehydrat weniger Glykosurie nach sich zu ziehen, als ohne das Präparat, so dass man auch hier vielfach von einer Verschärfung der Diät über ein gewisses Mass hinaus Abstand nehmen konnte. Jedoch erwiesen sich die Erfolge ungleich und unzuverlässig. Wegen der Ungefährlichkeit des Mittels kann man immerhin in leichteren Fällen einen Versuch mit demselben empfehlen.

Über die Verwendung des Kaseins zu Backzwecken vermittelst einer neuen Gärungstechnik und über die nach obiger Methode vom Bäckermeister Meniers in Braunschweig hergestellten Salusfabrikate berichtet Dr. Bauermeister (Braunschweig). Die Salusfabrikate, die neben echten Eiweissstoffen noch beträchtliche Mengen von eiweissparenden Albuminoiden enthalten, erscheinen nach Autors Analysen für die Ernährung des Diabetikers als besonders zweckmässig zusammengesetzt und sehr wertvoll. Diese Zusammensetzung lässt übrigens die Salusfabrikate auch bei anderen Krankheitszuständen, wie Gicht, harnsaure Diathese, Nierenkrankheiten, Fettsucht mit Vorteil verwenden; ebenso bei Störungen des Magendarmtraktes.

Einen Fall von Urämie bei Diabetes mellitus, der durch Aderlass günstig beeinflusst wurde, teilt Dr. Weil aus der Klinik von Prof. v. Jaksch in Prag mit. Es handelte sich um chronische Nierenentzündung mit Diabetes kompliziert. In dem schweren urämischen Koma wurde an der linken Vena cubitalis ein Aderlass gemacht und ca. ein Liter Blut entleert. Besserung trat sehr allmählich ein, erst eine Woche nach dem Aderlass waren die urämischen Symptome verschwunden.

Dr. Fueth macht auf die Gefahren aufmerksam, welche die Komplikation mit Diabetes mellitus bei Operationen birgt, und gibt diesbezüglich folgende Ratschläge: In schweren Fällen soll mit Ausnahme vitaler Indikationen (Gangrän etc.) jede Operation unterbleiben. Mittelschwere und leichte Fälle gestatten einen Eingriff, wenn maligne Tumoren, Ovarialcystome etc. vorliegen. Bei leicht Kranken sind auch die Operationen von Erkrankungen wie grosse Hernien, Prolapse, die das Allgemeinbefinden ernstlich stören, statthaft. Es ist notwendig, die Kranken vorher zuckerfrei zu machen. Die antidiabetische Behandlung hat möglichst in der Klinik stattzufinden, schon damit der Kranke sich an die Umgebung gewöhnt und dadurch die nervöse Erregung vor der Operation verringert wird. Freilich kann die lange Zeit, die schwere Fälle zur Entzuckerung erfordern, bei maligner Erkrankung des Uterus auch wieder verhängnisvoll sein. Nach dem Vorgange von Rumpf wird bei strenger Diät zur Vermeidung des Koma die Eingabe von Natrium citricum 10—30 g empfohlen. Erst wenn eine reichliche Ernährung gesichert ist, darf operiert werden. Hungern

Digitized by Google

und starkes Abführen vor der Operation darf nicht als Vorbereitung gemacht werden. Man begnüge sich mit Klistieren und Wismutgaben. Die allgemeine Narkose ist zu vermeiden und durch Spinalanästhesie zu ersetzen (obschon auch Koma ohne Narkose nach Operationen vorkommt). Bald nach der Operation muss Flüssigkeit und Nahrung per clysma gegeben werden, und sowie das Erbrechen vorüber ist, mit entsprechender Nahrung begonnen werden. Auch ist, vorausgesetzt, dass Komplikationen fehlen, durch Massage der Extremitäten und des Thorax die aktive Muskelbewegung zu ersetzen.

Die Frage, ob der Diabetiker heiraten darf, beantwortet Dr. Samter (Berlin) folgendermassen: Wo es sich um schwere Formen der Erkrankung handelt, rät er natürlich von der Eheschliessung ab. Er gestattet sie aber in leichten Erkrankungsfällen, wenn es sich um körperlich kräftige Personen von gutem Ernährungszustand und heiterem Temperament handelt, ohne besondere Komplikationen und möglichst schon in der zweiten Hälfte des vierten Lebensjahrzehntes stehend, welche längerer Beobachtung zufolge dauernd mindestens eine gleichbleibende Menge von Kohlehydraten, und jedenfalls nicht unter 80—100 g pro Tag zu assimilieren vermögen, welche ferner auch im stande sind, gelegentlich stärkere Entziehungen der Amylaceen in der Nahrung anstandslos durchzuführen, und sich in günstigen äusseren Lebensverhältnissen befinden.

Vererbbare zellulare Stoffwechselkrankheiten von Prof. Ebstein (Zeitschr. f. diät. und phys. Ther. 7. Bd. 4. H.). — Beiträge zur Frage der diabetischen Acidosis von Dr. Mohr und Dr. Loeb (Zentralbl. f. Stoffw. u Verd.-Kr. — Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 7. Bd. 2. H.). — Untersuchungen über Diabetes von Dr. Schwarz (Deutsches Arch. f. klin. Med. 76. Bd.). — Zur Frage der Kohlehydrattoleranz der Diabetiker von Dr. Kolisch und Dr. Schuman-Leclerq (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 48). — Zur Therapie des Diabetes mellitus von Dr. Lenné (Ther. Monatsh. 10. H.). — Über Haferkuren bei schwerem Diabetes von Prof. v. Noorden (Berl. klin. Wochenschr. — Medico Nr. 40). — Über die Einwirkung von Medikamenten auf die Glykosurie der Diabetiker von Dr. Kaufmann (Zeitschr. f. klin. Med. 48. Bd. — Ther. Monatsh. 11. H.). — Über die Verwendung des Kaseins zu Backzwecken vermittelst einer neuen Gärungstechnik und über Diabetikerbrote im allgemeinen, wie über das nach obiger Methode hergestellte (Salus-)Fabrikat im besonderen von Dr. Bauermeister (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 10. u. 11. H.). — Urämie bei Diabetes mellitus durch Aderlass günstig beeinflusst von Dr. Weil (Prag. med. Wochenschr. Nr. 3). — Diabetes mellitus und gynäkologische Operationen von Dr. Fueth (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 3 u. 4). — Darf der Diabetiker heiraten? von Dr. Samter (Deutsche Ärzte-Ztg. — Medico Nr. 27).

Diphtheritis. Dr. Župnik (Prag) behauptet, dass der heutige Klebs-Löfflersche Diphtheriebacillus einen Sammelbegriff heterogener Arten darstellt, die in eine natürliche Mikroorganismengruppe gehören. Der Löfflerschen Bazillengruppe zur Seite steht die Gruppe der Hoffman-Wellenhofschen Bazillen, die ebenfalls zur Art der „plasmolysierten Stäbchen" gehört. Dass sie alle durch dasselbe Antitoxin entgiftet werden, erklärt sich daraus, dass sie ähnliche Stoffwechselprodukte bilden. Die Löfflerschen Bazillen sind nicht die Erzeuger der Bretonneauschen Diphtherie, und zwar aus folgenden Gründen: In einer Anzahl der Fälle zweifelloser Bretonneauscher Diphtherie fehlen die Löfflerschen Bazillen, während sie sich bei einer grossen Zahl von Erkrankungen der Atmungsorgane finden, die mit Diphtherie nichts zu tun haben. Die Löfflerschen Bazillen finden sich sogar bei Gesunden. Das durch die Löfflerschen Bazillen bei Tier und Mensch erzeugte Krankheitsbild ist ein durchaus verschiedenes. Es kommen Familienfälle vor, in denen trotz zweifelloser Übertragung der Erkrankung bei einem der Mitglieder die Bazillen fehlen. Die Erzeugung von Lähmungen ist keine spezifische Eigenschaft der Löfflerschen Bazillen, überhaupt nichts der Diphtherie Eigentümliches, der Heilwert des Serum ist nicht erwiesen und selbst, wenn er es wäre, würde damit noch kein Beweis für die ätiologische Bedeutung des Löfflerschen Bacillus gegeben sein.

Dr. Müller hat die Diphtheritodesfälle von 90 Städten, die im Jahre 1900 über 40000 Einwohner hatten, von 1889—1900 nach den Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamtes zusammengestellt. Er zieht aus seiner Untersuchung folgende Schlüsse: 1. Mit dem

Digitized by Google

Jahre 1895 ist eine rapide Abnahme der Todesfälle an Diphtherie gegenüber den früheren Jahren eingetreten, die Diphtheriemortalität ist um etwa $^2/_3$ gesunken. Diese rapide Abnahme übertrifft bei weitem auch das günstigste Jahr der Vorserumperiode. 2. In der Vorserumperiode schwanken die Todesfälle von Jahr zu Jahr um ein Beträchtliches, günstige Jahre folgten ungünstigen und umgekehrt. 3. Diese Erscheinungen sind seit 1895 nahezu verschwunden, an ihre Stelle ist eine andauernd fortschreitende Besserung in der Diphtheriemortalität getreten. 4. Es ist seit dem Jahre 1895 ein neuer, die Diphtheriemortalität energisch beeinflussender Faktor hinzugetreten, und zwar ein wirksamerer als derjenige, welcher die Schwankungen der früheren Jahre bedingt hat. 5. Dabei hat sich der Einfluss der Jahreszeit auf die Diphtheriesterblichkeit seit dem Jahre 1895 nicht geändert. 6. Diese rapide, sturzartige Abnahme der absoluten Anzahl der Diphtherietodesfälle im Jahre 1895 fällt fast mathematisch genau zusammen mit der allgemeinen Anwendung des Behringschen Diphtherieheilserum. 7. Es ist deshalb mit Sicherheit anzunehmen, dass dieses die Diphtheriemortalität so auffallend günstig beeinflussende Moment das Diphtherieheilserum ist. 8. Die sich auf eine Bevölkerung von rund 10 Millionen Einwohnern und auf einen Zeitraum von 12 Jahren erstreckende Statistik lässt jede Befürchtung, es könne sich um Zufälligkeiten oder um eine jener bekannten periodischen Schwankungen in der Ausbreitung von Infektionskrankheiten handeln, auf ein Minimum herabsinken.

Dr. Jump schliesst aus seinen Erfahrungen, dass das Diphtherieheilserum unschädlich ist und, dass alle gefährdeten Personen mit einer ihrem Alter entsprechenden immunisierenden Gabe vor der Diphtherie geschützt werden sollten. Für Kinder bis zum 2. Lebensjahre hält er 250 I.-E. für hinreichend; später soll man 500 I.-E. geben. Man erzielt damit einen mindestens 3 Wochen andauernden Schutz. Die Einspritzung muss dabei, sofern die Ansteckungsgefahr fortdauert, in 3wöchigen Zwischenzeiten wiederholt werden.

Nach Dr. v. Rittershains (Prag) an der Ganghofnerschen Klinik gemachten Erfahrungen sind die Serumexantheme nicht nur viel seltener, sondern auch in jeder Beziehung viel harmloser geworden. Die Diagnose „scarlatiniformes Serumexanthem" kann mitunter sehr schwierig werden und ist nur unter der Voraussetzung zulässig, dass eine Mischinfektion mit echtem Scharlach ausgeschlossen werden kann.

Dr. Curtius (Schwetz a. W.) hält die Seruminjektion allein bei Diphtherie für nicht genügend; eine lokale Behandlung zur Vernichtung der Krankheitserreger und möglichster Verhütung von Mischinfektion erscheint ihm unerlässlich. In den Fällen, in welchen die Behandlung mit dem Serum von den Eltern wegen des hohen Preises abgelehnt wurde, begnügte Verfasser sich mit der lokalen Behandlung allein, und zwar pinselt er bei Rachendiphtherie mit der von Löffler angegebenen Lösung:

Rp. Menthol.	2,5
Solve in Toluol	9,0
Alcohol. absolut.	15,0
Liq. ferri sesquichlorat.	1,0.

Autor pinselt dreimal täglich und entfernt gleichzeitig die Membranen, um eine grössere Tiefenwirkung zu erzielen. Zum Pinseln benutzt Verfasser viereckige, an den Ecken stumpf abgeschnittene und mit flachen, schrägen Einschnitten versehene Stäbchen aus weichem Holz, um die eine nicht zu dicke, etwa 3 cm dicke Watteschicht gewickelt wird. Für jedes erkrankte Kind in der Familie muss ein besonderes Stäbchen benutzt oder das gebrauchte Ende abgeschnitten werden. Fünf Minuten nach dem Pinseln darf nichts genossen werden, um die Wirkung des Mittels nicht aufzuheben. Verfasser hat von dieser Methode selbst in den Fällen, wo er das Serum nicht anwenden konnte, sehr gute Erfolge gehabt. Bei Croup lässt Verfasser mit Dämpfen inhalieren, und zwar Tag und Nacht; er beschickt den Inhalationsapparat mit Kalkwasser. Diese Inhalation von Dämpfen leistet beim diphtherischen Croup ausgezeichnete Dienste. Schliesslich erwähnt Verfasser noch, dass in manchen Fällen auch die hydriatische Behandlung nach Wachsmuth, bestehend in methodisch durch-

Digitized by Google

geführter feuchter Ganzpackung zum Zweck der Erregung der Schweissekretion ihm ganz gute Dienste geleistet hat.

Die Ätiologie der Diphtherie von Dr. Župnik (Prag. med. Wochenschr. – Schm. Jahrb. 279. Bd. 7. H.). – Beitrag zur Statistik der Diphtheriemortalität in Deutschland von Dr. Müller (Jahrb. f. Kinderheilk. — Schm. Jahrb. 277. Bd. 1. H.). — Erzielung von Immunität durch Diphtherieantitoxin von Dr. Jump (Philad. med. Journ. — Schm. Jahrb. 277. Bd. 1. H.). — Erfahrungen über die in den letzten 4 Jahren beobachteten Serumexantheme von Dr. v. Rittershain (Jahrb. f. Kinderheilk. — Schm. Jahrb. 277. Bd. 1. H.). — Bemerkungen zur Diagnose und Therapie der Diphtherie von Dr. Curtius (Münch. med. Wochenschr. Nr. 35. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 42).

Dupuytrensche Fingerkontraktur. Dr. Doberauer (Prag) empfiehlt für die Ausführung der Operation bei der Dupuytrenschen Fingerkontraktur folgende Regeln: Vor allem ist Narkose anzuwenden, da die lokale Anästhesie nach Schleich doch mit Rücksicht auf mögliche Hautgangrän recht gefährlich erscheint und bei der nicht immer kurzen Dauer der Operation auch nicht stets ausreichend sein dürfte. Esmarchsche Blutleere ist nicht gut zu umgehen, doch erscheint eine genaue Blutstillung nach deren Anwendung geboten, weil ein subkutanes Hämatom ebenfalls zu Hautgangrän führen kann; aus derselben Befürchtung ist ein stärkerer Kompressionsverband nicht angezeigt. Hautgangrän ist eine Komplikation, welche den Operationserfolg sehr in Frage stellt oder ganz vereitelt, und ist daher in erster Linie zu vermeiden. Neuerdings hat Lotheissen empfohlen, einen Lappen durch einen bogenförmigen Schnitt von der Grundphalanx des kleinen Fingers entlang dem ulnaren Rande des Antithenar und in der Höhe des Ligamentum carpi transversum zum Thenar verlaufend, zu bilden; man gewinne damit den Vorteil, dass die Hautnarbe nicht über die Sehnen falle und selbst im Falle eintretender Randgangrän keine Bewegungsstörung verursache. Diese Schnittführung mag gelten bei wenig vorgeschrittenen Fällen, wo die kutikularen Fascienstränge nicht mitergriffen sind und auch bei der nach Exstirpation der Fascie erfolgenden Streckung der Finger die Haut nicht so stark gespannt wird. Nach Verfasser ist es jedenfalls sicherer, bloss Längsinzisionen in die Haut zu machen, wenn nötig mehrere; sollten dieselben bedenklich nahe aneinander fallen, so müssen sie in mehreren durch entsprechende Zeitintervalle getrennten Sitzungen gemacht werden. Es ist ferner erforderlich, stets den Schnitt bis auf die Grundphalange des Fingers zu führen, um den betreffenden Fortsatz der Aponeurose mit zu entfernen, und ebenso wie die kutikularen auch die in die Tiefe gegen die Sehnen ziehenden Bündel zu exstirpieren. Vor Rezidiven an den zur Zeit der Operation noch nicht befallenen Fingern schützt diese Methode natürlich nicht, da eine Totalexstirpation der Aponeurosis palmaris nicht tunlich ist; dass indessen die kontrahierten Finger, welche der Operation unterworfen werden, dauernd zur vollen Funktionsfähigkeit zurückgebracht werden, ist bei genau und sorgfältig geübter Technik zu erreichen. Hierzu ist allerdings noch eine längere und sorgfältige Nachbehandlung erforderlich, welche durch Massage und passive Bewegungen, durch Wochen fortgesetzt, eine schädliche Wirkung der Hautnarbe vermeiden und dieselbe weich und nachgiebig machen kann.

Dr. Lengemann hat an der Klinik des Prof. v. Mikulicz in zwei Fällen von Dupuytrenscher Fingerkontraktur mit Thiosinamin sehr gute Erfolge erzielt, die den operativen Resultaten gleichkommen. Die Behandlung bestand in Injektion von 1 ccm einer Lösung:

Thiosinamini	2,0
Glyzerin	4,0
Aqu. destill.	14,0

in die Nähe der Narbe. Die Injektionen wurden anfangs täglich, später alle acht Tage gemacht. Schädliche Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet, einigemale folgten den Injektionen leichte Schwellungen mit Schmerzen, die aber bis zur nächsten Injektion verschwunden waren.

Über die Dupuytrensche Fingerkontraktur von Dr. Doberauer (Beitr. z. klin. Chir. 36. Bd. 1. H. Allg med. Zentral-Ztg. Nr. 25). — Unblutige Behandlung der Dupuytrenschen Fingerkontraktur von Dr. Lengemann (Deutsche med. Wochenschr. Nr 23).

Dymal. Das Dymal (salizylsaures Didym) ist ein feines, rosaweisses Pulver, ohne

Digitized by Google

Geruch, das von Dr. Stock (Skalsko) als ein nicht reizendes und ungiftiges, antiseptisches Mittel, welches die Wunde gut austrocknet und heilt, empfohlen wird. Der Vorzug des Dymals vor anderen gleich wirksamen antiseptischen Streupulvern liegt in seiner grossen Billigkeit, die es zur Anwendung in der Armen- und Kassenpraxis ganz besonders empfehlenswert erscheinen lässt. Die Fälle, in denen Stock vom Dymal Gebrauch machte, entstammen der kleinen chirurgischen Praxis, insbesondere betreffen sie kleine Quetsch- und Schnittwunden (32), ausserdem wurde ein Fall subakuten nässenden Ekzems behandelt, ferner Verbrennungen (2), ein ziemlich ausgedehnter Decubitus, Intertrigo (6), Hyperidrosis (2) und Fussgeschwüre (3). Der Gesamterfolg war durchaus gut. Die austrocknende Eigenschaft des Dymals bewährte sich besonders gut bei Intertrigo, wo dieses Mittel immer sehr gut empfohlen werden kann. Aus demselben Grunde ist auch die Hyperidrosis ein für das Dymal dankbares Behandlungsobjekt. Bei Verbrennungen ist der günstige Einfluss ebenfalls evident, denn das Dymal vermindert die starke Sekretion, es hat aber den Fehler, dass es die Schmerzen nicht im geringsten lindert. Aus dem Grunde empfiehlt Stock in Fällen von Verbrennungen und Fussgeschwüren eine Kombination des Dymals mit Anästhesin, dessen analgetische Wirkung die Kranken sehr loben.

Dr. Séllei (Budapest) hat das Dymal mit Erfolg angewendet und zwar in Form einer 5—10—20%igen Salbe. Die Fälle, bei denen sich ihm das Dymal als vorzüglich erwiesen hat, sind folgende: 2 Fälle von Ecthyma nach Scabies, 3 Fälle von Ekzema seborrhoicum, verschiedene Formen von Dermatitis, so am Rumpf, in der Inguinal- und Skrotal-Gegend bei je einem Fall, 5 Fälle von Ekzema und hauptsächlich akutem, papulösem Ekzem. Auch hat sich in einem typischen Fall von Pyodermie, wo die Haut in der Kniebeuge und an den Schenkeln rot, stark gedunsen und mit vielen kleineren und grösseren Pusteln bedeckt war, aus welchen sich nach dem Öffnen viel Eiter entleerte, nach dem Gebrauch einer 10%igen Dymalsalbe die Entzündung wesentlich vermindert; das Exanthem trocknete und die Eiterung hörte vollkommen auf.

Über Dymal von Dr. Stock (Ther. d. Gegenw. 7. H.). — Dymal von Dr. Séllei (Magyar Orvosok Lapja Nr. 6. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 24).

Dysmenorrhoe. Dr. Dillenberger (Budapest) hat gute Erfolge bei Dysmenorrhöe mit Aspirin erzielt. Seine Erfahrungen mit dem Mittel fasst Dillenberger folgendermassen zusammen: 1. Bei ovarialer Dysmenorrhöe wirkt das Aspirin ausgezeichnet, indem es nicht nur den in diesen Fällen bestehenden Nervenreiz beruhigt, sondern auch auf das empfindliche Ovarium beruhigend wirkt. 2. Bei uteriner Dysmenorrhöe, wenn wesentliche organische Veränderungen nicht vorhanden sind, sondern vorwiegend eine Störung der Nerventätigkeit besteht, hat es augenfällige schmerzstillende Wirkung. 3. Bei schweren Adnexerkrankungen oder mit starken Adhäsionen komplizierter Metritis chronica vermindert es die Intensität der Dysmenorrhöe und lindert im hohen Masse die Schmerzen. 4. Im Stadium praemenstruationale angewendet, ist es im stande, die nachfolgende Dysmenorrhöe zu kupieren. 5. Die Amenorrhöe und Menorrhagie wird durch Aspirin günstig beeinflusst. 6. Es hat gar keine schädliche Wirkung, sondern kann ohne jede Gefahr angewendet werden. Dillenberger erklärt das Aspirin für eines der verlässlichsten Antidysmenorrhoica.

Über Dymenorrhoe und Aspirin von Dr. Dillenberger (Magyar Orvosok Lapja Nr. 23).

E.

Eisen und Eisenpräparate. Aus einer Reihe von Versuchen ist Dr. Biernacki zu der Überzeugung gelangt, dass von den zahlreichen aufgestellten Indikationen für eine Eisentherapie nur die echte Chlorose der Pubertätszeit als

Digitized by Google

feststehend erwiesen ist, und zwar hält er die Wirkung für so spezifisch, dass bei Versagen oder Schädlichkeit des Eisens die Diagnose fallen muss. Dabei kommen nur grosse Dosen von Eisen in Betracht, die Wirksamkeit der kleinsten Mengen in den Eisenwässern ist zweifelhaft. Die so häufige Anwendung bei neuropathischen Zuständen ist durch nichts gerechtfertigt.

Prof. Jaworski (Krakau) empfiehlt folgendes ex tempore bereitetes künstliches Eisenwasser, das in schwächerer und stärkerer Lösung hergestellt werden kann:

Nr. 1.	Ferri sulfurici crystallisati recenter parati	2,5
	Solve in Aquae destill. fervidae	10,0
	Dein adde	
	Sirupi simplicis	100,0
oder		
Nr. 2.	Ferri sulfurici crystallisati recenter parati	5,0
	Solve in Aquae destill. fervidae	20,0
	Dein adde	
	Sirupi simplicis	100,0

Man kann sich nötigenfalls noch stärkere bis 10 g-haltige Eisenvitriollösungen bereiten lassen. Von der Lösung Nr. 1 oder Nr. 2 wird ein Kaffeelöffel in ein Trinkglas getan und etwa 100 ccm (halbes Glas) künstlich bereiteter Natronsäuerling (Bilin, Vichy, Vals) von starkem Natrongehalt (wenigstens 3—4 ‰), oder vorteilhafter ebensoviel von dem von Autor angegebenen schwächeren alkalischen Normalheilwassers zugesetzt und ausgetrunken. Das Austrinken der Mischung muss auf einmal geschehen, bevor das Ausfallen des gelösten doppeltkohlensauren Eisenoxyduls durch Auftreten von milchiger Trübung sich bemerkbar macht. Es werden gewöhnlich täglich drei solche Portionen der Lösung eine Stunde vor den den Hauptmahlzeiten (vor dem Frühstück, Mittagessen und Nachtessen) genommen. Das Trinken geschieht mittelst eines Glasröhrchens, und es empfiehlt sich, das Ausspülen des Mundes nachzuschicken, um dem etwaigen Dunkelwerden der Zähne vorzubeugen. Seit einem Jahre wendet Jaworski dieses künstliche Eisenwasser bei anämischen und chlorotischen Kranken mit grossem Erfolge an. Er lässt es vor allem die blutarmen Patienten, welche in klimatische Kurorte, Sommerfrischen, Gebirge sich begeben, statt des Flascheneisenwassers, aus welchem das Eisen sich bereits niedergeschlagen hat, gebrauchen und hat mehrmals bessere Erfolge gesehen als nach Gebrauch einer Badekur in einem Stahlbrunnen. Er hat gefunden, dass das beschriebene Eisenwasser sehr leicht vertragen wird. Um dessen Verträglichkeit zu prüfen, verordnet er während einer Woche die Lösung Nr. 1, geht hierauf, falls keine Beschwerden vorhanden sind, zur Lösung Nr. 2 über und lässt dieselbe acht Wochen lang gebrauchen. Anämische Patienten, welche höhere Grade von Magenektasie aufwiesen, klagten mehrmals über Druckgefühl im Magen, als zur Lösung Nr. 2 übergegangen wurde. Es musste daher die Kur mit Lösung Nr. 1 fortgesetzt werden. Für anämische Kranke, welche stark zur Diarrhöe neigten, musste das angegebene Eisenwasser in der Art modifiziert werden, dass statt des alkalischen Mineralheilwassers oder eines Natronsäuerlings zu einem Kaffeelöffel Eisensirup ein halbes Glas des von ihm angegebenen erdigen Normalheilwassers zugeschütttet wurde, wodurch die Diarrhöe gestillt war.

Prof. Liebreich (Berlin) stellte im Verein mit Prof. Langgard Versuche mit Perdynamin, einem Hämoglobinpräparat, an Tieren an, die ergaben, dass Perdynamin ein sehr kräftiges blutbildendes Mittel ist, welches nicht nur gut vom Organismus vertragen, sondern auch gut resorbiert und von den Patienten gerne genommen wird.

Dr. Farkas (Budapest) wandte das Perdynamin in 20 Fällen mit gutem Erfolg an. Das Perdynamin ist nach Farkas ein angenehm schmeckendes, vollständig verdauliches und resorbierbares, flüssiges, organisches Eisenpräparat, welches die Zähne nicht angreift, den Appetit vermehrt, von seiten des Magens und Darmes keine unangenehmen Erscheinungen verursacht. Hauptsächlich indiziert ist es bei Chlorose und Anämie, ausserordentlich nützlich bei nervösen und Schwäche-Zuständen, bei organischen Erkrankungen, bei beginnender Lungentuber-

Digitized by Google

kulose. Zufolge seines hohen Eisengehaltes bewirkt es eine Vermehrung der Hämoglobinmenge und der Zahl der roten Blutkörperchen, reich an Phosphor und Eiweiss leistet es als Kräftigungsmittel gute Dienste. All diesem zufolge kann das Perdynamin in jeder Hinsicht zu den besten und hervorragendsten organischen Eisenpräparaten gezählt werden.

Über die Leistungsfähigkeit der Eisentherapie von Dr. Biernacki (Wien. med. Wochenschr. Nr. 18. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 22). — Über ein ex tempore bereitetes Eisenwasser von Prof. Jaworski (Ther. Monatsh. 6. H.). — Über Perdynamin von Prof. Liebreich (Ther. Monatsh. 8. H.). — Fortschritte in der Eisentherapie. Perdynamin, ein neues Eisenpräparat von Dr. Farkas (Pest. med.-chir. Presse Nr. 25).

Ekzem. Entgegen der bisher fast allgemein gültigen Regel, bei akuten Ekzemen jede Behandlung, ja Berührung mit Wasser zu meiden, ist Dr. Pokielow auf Grund seiner Beobachtungen zum Resultate gelangt, dass sich bei Ekzemen im akuten Eruptionsstadium durch Behandlung mit warmem Wasser fast durchwegs günstige Erfolge erzielen lassen. Pokielow wendet das Wasser entweder in Form von heissen Bädern — so heiss, als es die Kranken nur vertragen — in welche die erkrankten Körperteile getaucht werden, an, oder als heisse Dusche. Schon nach einigen Applikationen hört das Jucken auf, die Entzündungserscheinungen treten zurück und es tritt rasche Heilung ein. In Fällen, wo gleich beim Beginne der Eruption der Efflorescenzen das heisse Wasser in Anwendung kam, hat Verfasser sogar abortive Wirkung beobachtet.

An einem reichen Materiale von Ekzemen stellte Dr. Auerbach (Charkow) seine Beobachtungen über die Wirkung des Naftalans an und kommt zu dem Ergebnisse, dass das Anwendungsgebiet des Mittels streng zu begrenzen ist. Hauptsächlich ist Naftalan angezeigt bei den nässenden Formen akuter und chronischer Ekzeme und ganz besonders bei artifiziellen Hautentzündungen, bei denen es fast als Spezifikum bezeichnet werden darf. Unbedeutend ist die Wirkung des Naftalans dagegen im trockenen, schuppenden Stadium der Ekzeme und beim seborrhoischen Ekzem. Das Mittel beruhigt die gereizte Haut, ohne sie zu reizen, ist ein vorzügliches eintrocknendes Mittel und mildert Schmerz und Jucken. Die Anwendung geschah in Form folgender Juckpaste:

Rp. Naftalani , 20,0
Zinc. oxyd. alb.
Amyl. trit. pur. ää. 10,0
Mentholi 0,5—1,0
M. f. l. a. pasta mollis.

Heisses Wasser gegen Ekzema acutum von Dr. Pokielow (Gaz. des Eaux. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 1. H.). — Zur Naftalanbehandlung des Ekzems von Dr. Auerbach (Monatsh. f. prakt. Dermat. — Schm. Jahrb. 277. Bd. 2. H.).

Elektrizität. Dr. Freund (Wien) wies in einer grösseren Versuchsreihe nach, dass die Wirkungen der lokalen Applikation der Hochfrequenzströme vorzüglich jene der Funken- und Büchsenentladungen seien. Letztere bringen in der Haut wesentliche anatomische Veränderungen hervor (Dilatation der Gefässe, vakuolisierende Degeneration der Gefässwände, Ödem und Hämorrhagien in das Kutisgewebe), bringen auf der Haut behaarter Tiere die Markhaare zum Ausfall und schädigen pathogene Mikroorganismen im Wachstum und in der Entwickelung. Die Wirkung dieser Funkenentladungen ist eine mechanische, thermische und elektrolytische; dazu kommen noch eventuell die Wirkungen der vom Funken ausgehenden ultravioletten Strahlen. Therapeutisch wurden die Hochfrequenzströme zuerst von Morton verwendet. Dieser behandelte damit Nerven- und Muskelaffektionen. Von d'Arsonval und seiner Schule wurden sie als Anästhetikum, dann bei Stoffwechselerkrankungen (Diabetes, Fettsucht), bei Tuberkulose, schliesslich bei Haut- und Schleimhautaffektionen empfohlen. Freund und Kahane erzielten, wie aus der Beobachtung zahlreicher Fälle hervorgeht, günstige Erfolge bei Affektionen, welche in die Gruppe der Arthritismen der Franzosen gehören; allerdings gab es hier Fälle, wo diese Methode versagte. Am günstigsten bewährten sich Hochfrequenzströme bei Nervenaffektionen (lanzinierende

Digitized by Google

Schmerzen bei Tabes, rheumatischen Ischialgien und Gelenkneurosen, Hemikranie, Schlaflosigkeit und bei sexueller Neurasthenie); hier wurden oft nach wenigen lokalen Applikationen bedeutende Besserungen und selbst Heilungen beobachtet. Auch bei juckenden Hautaffektionen (Prurigo, Pruritus) und in Fällen, in denen energische Hautdesquamationen angestrebt wurden (Akne, Lupus erythematodes und Pigmentationen) zeigte diese Behandlung ebenso wie bei Fissura ani meist ausgesprochenen Erfolg. Die Wirkung dieser Behandlung war in solchen Fällen nicht nur eine suggestive, sondern auch eine materielle dekongestionierende und derivierende.

Dr. Freund über die therapeutische Verwendung der Hochfrequenzströme in der Gesellschaft für innere Medizin zu Wien (Münch. med. Wochenschr. Nr. 20).

Empyem. Prof. Beck (New York) empfiehlt folgendes Verfahren zur Wegnahme der Rippen samt der verdickten Rippenpleura bei alten Empyemen: Es wird zunächst die ungefähr in der Mitte des Höhlendachs liegende Rippe reseziert, ohne Rücksicht auf die bestehende Pleurafistel. Durch seitliche Inzisionen schafft man sich den zu einer Palpation der Höhle nötigen Raum. Bei kleinem Empyem kann man von dem einen Querschnitt aus die 2—3 nächsten Rippen resezieren, bei grösserem durchschneidet man entsprechend der Gestalt des Hohlraumes ein Rippenstück nach dem anderen unter fortschreitender Ablösung der Weichteile. Die Rippenpleura wird, so weit sie starr ist, entfernt. Zu beachten ist dabei die nicht selten vorkommende rundbogenähnliche Gestalt der Lungenoberfläche. Es sind bei dieser zwei Stellen der Pulmonalpleura mit der Rippenpleura derartig verwachsen, dass sie sich dachartig über die nicht mitgefolgte, zwischen ihnen gelegene Partie wölben, so dass ein Kanal entsteht: Nach der ersten Rippenresektion kann man diese Bildung palpieren und nun durch stumpfe Lösung der Gewebsteile eine Verletzung der Lunge vermeiden. Die Gegend des Schulterblattes muss besonders sorgfältig entrippt werden, eventuell muss man einen Teil der Scapula resezieren. Ebenso darf man nicht vor einer Resektion der ersten Rippen zurückschrecken. Auch die Schwarten der Pulmonalpleura soll man entfernen. Mittelst des bei der Operation gebildeten unregelmässigen Weichteillappens wird der Defekt gedeckt. Der Eingriff wird womöglich unter Schleichscher Anästhesie ausgeführt, im Notfalle mit Chloroform nach vorausgegangener Morphiuminjektion. Bei der Nachbehandlung legt Verfasser Wert auf frühzeitige Gymnastik, auch glaubt er, dass durch Trompetenblasen die Expansion der Lunge befördert wird.

Exploratives Prinzip und Technik beim sekundären Brustschnitt von Prof. Beck (Arch. f. klin. Chir. 69. Bd. 1. u. 2. H.).

Empyroform. Empyroform ist ein Kondensationsprodukt von Teer und Formaldehyd. Es ist ein braunes, nicht hygroskopisches Pulver von schwach eigenartigem, nicht an Teer erinnerndem Geruch. In Wasser ist Empyroform unlöslich, in kaustischen Alkalien und Aceton löst es sich leicht, leichter noch in Chloroform. Beim Erhitzen spaltet es Formaldehyd ab. Nach den Erfahrungen, welche von Dr. Sklarek (Breslau) auf der Neisserschen Klinik gemacht wurden, ist Empyroform ein wertvolles Mittel in der Behandlung des Ekzems. Es besitzt in hohem Grade juckstillende und austrocknende Eigenschaften und ist frei von lokaler Reizwirkung. Ganz wesentlich unterscheidet sich Empyroform vom Teer dadurch, dass es auch beim nässenden Ekzem, wo Teer zu vermeiden ist, mit Nutzen angewendet werden kann. Ja, es gelingt sogar, Patienten, welche Teer nicht vertragen, durch Behandlung mit Empyroform allmählich an Teer zu gewöhnen, so dass man im stande ist, bei sehr hartnäckigen Fällen schliesslich durch Anwendung von Teer das Ekzem zur Heilung zu bringen. Eine Annehmlichkeit ist es auch, dass das Präparat nur schwachen Geruch besitzt und die Wäsche nicht so beschmutzt wie Teer. Intoxikationserscheinungen wurden auch bei Anwendung auf grossen Körperflächen

Digitized by Google

und selbst bei einem Nephritiker nicht beobachtet. Das Mittel gelangte in folgenden Formen zur Anwendung: Empyroform-Vaseline 1—5—10—20—50%. Empyroform-Blei-Vaseline (Unguentum Vaselini plumbicum Kaposi) 10—20%. Empyroformzinkpaste 5—10—20%. Empyroformpaste 25%. In Pulverform unverdünnt oder mit Zinkoxyd und Amylum wurde das Mittel nur bei nässendem Ekzem angewendet. Es ist bei dieser Form notwendig, das Pulver mit Salbenlint zu bedecken, um ein Verkleben des Verbandmaterials mit dem eintrocknenden Sekret zu vermeiden. Empfehlenswerter ist eine Empyroformsalbe- oder Zinkpaste. Bei Psoriasis, Prurigo, Trichophytie wurden mit dem Mittel keine befriedigenden Resultate erhalten.

An Prof. Picks dermatologischer Klinik in Prag wurde das Empyroform von Dr. Kraus erprobt. Es gelangte in 1—5%igen Lösungen in Chloroform resp. Aceton oder in Salbenform in Anwendung. Bei Ekzemen beseitigt das Mittel schnell auch den stärksten Juckreiz. Im Gegensatz zu anderen Teerpräparaten kann es auch, ohne Reizerscheinungen hervorzurufen, bei rezenteren Formen des Ekzems, die frischere Entzündungserscheinungen, Rötung, Epithelläsionen und Nässen aufweisen, benutzt werden. In gleicher Weise wie bei Ekzem, nur in langsamerem Tempo, wirkt Empyroform bei Psoriasis, ebenfalls günstig bei Lichen urticatus, Prurigo, Pityriasis rosea und versicolor. Die bisherigen Erfahrungen mit der Empyroformbehandlung ergaben die völlige Unschädlichkeit des Mittels. In äusserst wenigen Fällen nahm der Harn eine leicht dunkelbraune Färbung an; Phenole liessen sich in demselben in Spuren, Eiweiss jedoch niemals nachweisen. Eigentliche Teerakne entwickelte sich niemals, höchstens traten spärliche, follikuläre, sich spontan zurückbildende Infiltrate auf.

Über Empyroform, ein trocknendes, fast geruchloses Teerpräparat von Dr. Sklarek (Ther. d. Gegenw. 7. H. — Ther. Monatsh. 8. H.). — Über Empyroform, ein neues Teerpräparat von Dr. Kraus (Prag. med. Wochenschr. Nr. 33).

Endokarditis. Dr. Duckworth (London) veröffentlicht einen Fall von infektiöser Endokarditis, bei dem er durch tägliche Injektion von 10 ccm Antistreptokokkenserum in den Mastdarm Heilung erzielte.

Ein Fall von infektiöser Endokarditis erfolgreich behandelt mit Injektionen von Antistreptokokkenserum in den Mastdarm von Dr. Duckworth (Brit. med. Journ. — Ther. Monatsh. 8. H.).

Endometritis. Prof. Grammatikati behauptet, dass durch systematische, intrauterine Injektionen eine Endometritis zur Ausheilung gebracht werden kann. Dass dieselben auf die erkrankte Uterusschleimhaut wirken, ersieht man daraus, dass nach Aufhören der Behandlung und nach Ausstossung der nekrotischen Schleimhaut dieselbe sich wieder von neuem normal ausbildet, was man durch mikroskopische Untersuchung ausgeschabter Stückchen nachweisen kann. Ferner beseitigen sie zeitweilig die Ovulation und Menstruation, was von grösster Wichtigkeit ist, da dadurch der periodische Blutandrang zu den Geschlechtsorganen aufgehoben wird. Die krankhaft veränderten Teile werden einer Rückbildung unterzogen und die Entzündungsprodukte resorbiert. Die zur Injektion gebrauchte Mischung besteht aus Tinctura Jodi zur Hälfte (in den letzten Jahren 2/3) mit 95%igen Spiritus verdünnt, ausserdem wird noch 5% Alumnol hinzugefügt. Bei frischen entzündlichen Erkrankungen des Uterus, der Adnexe und des Beckenperitoneums- und Zellgewebes, treten die erfolgreichen Resultate der Behandlung schon nach 30—40 Injektionen ein; in mehr chronischen Fällen waren 60, in einzelnen sogar 100 nötig.

Dr. v. Franqué (Prag) macht auf die Gefahren aufmerksam, welche durch die intrauterine Anwendung von konzentriertem Formalin entstehen können. So trat in einem Falle ausgedehnte Nekrose der Endometriums und des Uterusparenchyms ein, die letal endete. Auch können bei intrauteriner Anwendung des Mittels sehr heftige Reizerscheinungen auf der Haut des ganzen Körpers auftreten. Zur Verwendung sollen nach Autor nur 30—40%ige Lösungen gelangen.

Digitized by Google

Systematische intrauterine Injektionen, als eine besondere Behandlungsmethode in der Gynäkologie von Prof. Grammatikati (Wratsch. — Rev. d. russ. med. Zeitschr. Nr. 2). — Dr. v. Franqué über die intrauterine Anwendung des Formalins in der fränkischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Nürnberg (Münch. med. Wochenschr. Nr. 2).

Enteroptose. In der Gesellschaft für innere Medizin in Wien besprach Dr. Donath den gegenwärtigen Stand der Lehre von der Enteroptose, deren Krankheitsbild Glénard zuerst im Jahre 1885 aufgestellt hat. Derselbe beschrieb die Enteroptose anatomisch als eine Lageveränderung des Dickdarmes, dessen Flexura hepatica nach abwärts rückt. Aus dieser Senkung des Darmes erklärte er die dabei auftretenden Erscheinungen. Sie verursacht sowohl weitere Lageveränderungen der anderen Bauchorgane (Magen, Nieren, Leber), als auch subjektive Beschwerden. Die Diagnose der Lageveränderung ist sehr schwierig, da die Niere selten palpabel ist, die Lageveränderungen des Magens klinisch oft schwer nachzuweisen sind und die Lage des Darmes eine sehr variable ist. Für die Diagnose kommt hauptsächlich die Aufblähung in Betracht. Auch bei der Leber ist es oft schwer zu entscheiden, ob Lage oder Formveränderungen vorliegen. Die Enteroptose oder wie man diesen Zustand auch bezeichnen kann, die allgemeine Splanchnoptose, kommt einerseits bei Frauen mit Hängebauch vor, die mehrfache Geburten durchgemacht haben, andererseits bei Individuen mit grazilem Körperbau, phthisischem Habitus, Abflachung der paravertebralen Nischen, Stillerscher Costa fluctuans decima, bei denen die Becken- und Bauchmuskulatur erschlafft ist oder die Eingeweide durch Schnürwirkung und abnorme Wachtumsverhältnisse verdrängt wurden. Die Erscheinungen der Enteroptose sind solche von seiten des Magens (Hyper- und Hypacidität, motorische Insuffizienz) von seiten des Darmes (Obstipation, Katarrhe) und allgemein nervöse Symptome. Die gleichen Symptome finden sich aber auch bei Patienten ohne jede Enteroptose und sind bei diesen abhängig von einer angeborenen oder erworbenen Abnormität der nervösen und muskulären Apparate und bezeichnet man diese spezielle Form der nervösen Dyspepsie als Glénardschen Symptomenkomplex oder Glénardsche Krankheit.

Dr. Kumpf (Karlsbad) lobt die günstige Wirkung, die er bei beweglicher Niere und bei der Enteroptose im weiteren Sinne durch die Anwendung der Brandtschen Massagemethode erzielte. Dieselbe besteht in gewissen Widerstandsbewegungen, deren Zweck es sein soll, die erschlaffte Bauch- und Lendenmuskulatur zu kräftigen, zu tonisieren und in der sogenannten „Unternierenzitterdrückung", einem in jeder Sitzung fünf-, sechsmal wiederholten Hinaufschieben der Niere unter Vibrationsbewegungen der Hand an ihre normale Stelle, welcher Manipulation Brandt eine „Tonisierung" der erschlafften direkten Befestigungsmittel der Niere zuschrieb. Die Behandlung der Nephroptose nach Brandt hat in einer relativ grossen Zahl von Fällen beweglicher Niere — er hat über 200 derart behandelt — sehr gute Resultate, 60% Dauerheilungen, ergeben. Aber auch bei der Enteroptose im weiteren Sinne hat Verfasser durch Anwendung von Gymnastik und Massage und einer speziell gegen die Ptose des Darmes gerichteten, der Unternierenzitterdrückung Brandts ähnlichen Manipulation sehr gute Resultate erzielt, und erscheint diese Therapie, welche natürlich vorteilhaft noch mit anderen therapeutischen Massnahmen kombiniert werden kann, in vielen Fällen den Indikationen am besten zu entsprechen.

Dr. Donath über Enteroptose in der Gesellschaft für innere Medizin zu Wien (Ärztl. Praxis Nr. 16). — Zur Pathologie und Therapie der Enteroptose von Dr. Kumpf (Wien. med. Presse Nr. 15).

Enuresis nocturna. Dr. Kapsammer (Wien) betont, dass die Schwierigkeiten in der Therapie der Enuresis besonders von der mangelhaften Indikationsstellung beeinflusst werden. Verfasser warnt vor einer Reihe der gebräuchlichsten mechanischen Eingriffe, besonders vor Massage und einigen Formen der Elektrizität. Für die hysterischen Formen spielt die Suggestion die Hauptrolle. Cathelin hat angegeben, durch epi-

Digitized by Google

durale Injektionen mit einer $^1/_2$%igen Kokainlösung die Enuresis zu beseitigen und Verfasser hat diese Methode bei 37 Fällen probiert, von denen bisher 25 geheilt sind. Verfasser hat $^1/_4$—$^1/_2$%ige Lösungen verwendet; der Erfolg trat bei 8 Fällen schon nach der ersten Injektion ein. Vielleicht wird durch das Trauma auf die Bahnen der Sakralnerven reflektorisch der zentrale Tonus des Sphincter internus wieder hergestellt oder verstärkt. Die Methode ist unbedingt ungefährlich.

Über Enuresis nocturna und ihre Behandlung mittelst epiduraler Injektionen von Dr. Kapsammer (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 30).

Epilepsie. Die therapeutischen Erfolge, die Dr. Bálint (Budapest) durch Entziehung des Chlornatriums aus der Diät der Epileptiker unter gleichzeitiger Verabreichung kleiner Dosen Bromnatriums erzielte (1000 g Milch, 50 g Butter, 3 Eier, Obst und 3—400 g Brot, in dem das NaCl durch NaBr ersetzt wurde), waren recht günstige: Die Anfälle wurden in etwa 80% seltener und blieben sogar nach einiger Zeit völlig aus. Die Experimente, die Verfasser an 10 weiteren Epileptikern anstellte, berechtigen ihn zu folgenden Schlüssen: Die Diät, welche aus Milch, Butter, Eiern, Obst und aus mit NaBr gesalzenem Brot besteht, vermindert laut Versuchsergebnissen beinahe sämtlicher Forscher die Zahl und Intensität der Anfälle, kann aber durch längere Zeit nur dann angewendet werden, wenn der Kranke derselben nicht überdrüssig wird, wodurch sein Ernährungszustand geschwächt werden könnte. In diesem Falle sind in die Diät auch andere Speisen, wie Gemüse, Mehlspeisen und Fleisch zuzuführen, doch ohne Kochsalz zubereitet und mit NaBr gesalzen. Um die Speisen auf diese Art variieren zu können, ist das Körpergewicht der Kranken wöchentlich zu kontrollieren. Bei andauernder Anwendung der Methode können leichtere oder auch schwerere Symptome des Bromismus auftreten, dem man aber durch Abänderung der Bromdosis bezw. durch das zeitweilige Auslassen derselben, andererseits durch Variierung der Diät in der Richtung, dass in dieselbe zwar ungesalzen zubereitete, doch ursprünglich schon mehr Kochsalz enthaltende Speisen eingeführt werden, oft vorbeugen kann.

Auch Dr. Meyer (St. Blasien) hat bei vier Epileptikern Versuche in der Weise angestellt, dass er ihnen in der Diät kein Fleisch gab, aber ziemlich reichlich Milch, ferner Bromopan (Brot, in das auf je 150 g 1 g Bromnatrium verbacken ist), Eier und Obst. Die Anfälle wurden in allen Fällen an Zahl und Heftigkeit geringer, wie der Vergleich mit den Vorperioden aufwies. Die Kur wurde gut ertragen, doch trat in allen Fällen allgemeine Bromakne auf, so dass eine erhöhte Intoxikationsgefahr angenommen werden muss. Die Kranken machten während der Kur hinsichtlich des Gesamtzustandes entschieden einen besseren Eindruck, doch wurde ein besonders hervorragender Einfluss auf die Psyche nicht wahrgenommen. Die Durchführung der Kur findet übrigens in den meisten Fällen von seiten der Patienten einen entschiedenen Widerstand. Im ganzen tritt Meyer für die Anwendung der salzlosen Brombehandlung entschieden ein, wenn auch nach Aussetzen der Kur die Anfälle bald wieder zu beginnen pflegen.

Auf Grund der Mitteilungen von Lion über die Behandlung der genuinen Epilepsie mit Cerebrinum hat Dr. Meijers während 6 Monaten 10 an genuiner Epilepsie leidenden poliklinischen Kranken täglich 0,6 g (3 Tabletten) Cerebrinum gegeben. Sämtliche Kranken litten an ausgesprochener Epilepsie; 8 hatten reichlich Brom genommen. Ein Erfolg der Behandlung trat bei 5 Kranken nicht ein, die 5 anderen nahmen das Mittel lieber als Brom, weil letzteres sie müde und apathisch machte, bei 3 schienen die Anfälle seltener zu werden.

In der Behandlung der Epilepsie sind nach Dr. Sadgers (Wien-Gräfenberg) Erfahrungen die besten Resultate durch Verbindung der vegetarisch-hydriatischen Methode mit kleinen Brommengen zu erzielen. Hauptsächlich kommen von den verschiedenen hydrotherapeutischen Prozeduren für die Behandlung Epileptischer länger dauernde Halbbäder von 24°—22° in Betracht, die

Digitized by Google

direkt nach dem Verlassen des Bettes täglich in einer Dauer von 8—10 Minuten genommen werden müssen. Schon diese Massnahme erlaubt, die Bromdosen erheblich einzuschränken. Bevorzugt man gleichzeitig die vegetabilische Kost und beseitigt man alle als schädlich erkannten Momente (Alkohol, Tee, Kaffee, stärkere Gewürze, masturbatorische Exzesse), so gelingt es auf diese Weise, die Anfälle an Zahl und Intensität herabzusetzen und eine relative Heilung herbeizuführen. Andere hydrotherapeutische Massnahmen sind dabei zu entbehren, es sei denn, dass besonderen Indikationen zu genügen ist. Bei anscheinender Stauungshyperämie des Gehirns: kalte Umschläge auf Kopf, Nacken und Genitalien, feuchtes Frottieren der Füsse; bei Zeichen von Gehirnanämie: warme Applikationen, zur Bekämpfung der postepileptischen Symptome, wie Kopfschmerz, Somnolenz, psychische Depression, kalte Ganzabwaschungen oder Kopfbäder, bei dyspeptischen Störungen Sitzbäder von 5—10 Minuten und 14—12° im Verein mit dreistündlich gewechselten Leibbinden etc.

Dr. Donath (Budapest) stellt die allgemeine Indikation auf, dass die Schädelresektion bei jedem lokal einwirkenden mechanischen Reiz, der das Hirn trifft, sowie bei jeder die Hirntätigkeit schädigenden Steigerung des intrakraniellen Druckes angezeigt ist. Er berichtet ausführlich über 4 Fälle operativer Behandlung, bei denen ausgiebige Schädelresektionen ohne Exzision von Hirnrinde vorgenommen wurden. Im ersten Fall (10jähriges Kind mit Jacksonscher Epilepsie) wurden zunächst die Anfälle vermindert, dann hörten sie ganz auf, seit jetzt ein Jahr. Im zweiten Fall (traumatische Epilepsie bei 51jährigem Mann) hat die Kraniektomie Aufhören der Krämpfe, wesentliche Besserung in den hemiplegischen Erscheinungen und im Intellekt bewirkt. Auch im dritten Fall mit faustgrosser Encephalomalacie wurde Besserung bewirkt; im vierten Fall, der tödlich endigte, scheint es sich um eine Neubildung gehandelt zu haben.

Auf dem deutschen Chirurgen-Kongresse sprach Prof. Krause (Berlin) über vier von ihm operierte Fälle von nicht traumatischer Jacksonscher Epilepsie und über die von ihm bei dieser Gelegenheit konstatierten motorischen Centra. Bei seinen Operationen konnte er feststellen, dass die anatomische Bestimmung der Zentren in jedem Falle falsch war. Die durch die vorgenommene Exstirpation der Zentren in einer Ausdehnung von 5 zu 20 bis 25 mm bedingte Lähmung ging ausnahmslos zurück. Die exstirpierten Hirnstückchen zeigten meist hochgradige Veränderungen.

Dr. Jaffé (Posen) ist der Meinung, dass man bei einer Schädelöffnung von 5—6 cm im Quadrat sich über die Anatomie der Hirnwindungen nicht orientieren kann, dazu gehört eine grössere Öffnung. In der Beurteilung der Heilungen muss man sehr vorsichtig sein. Er berichtet über einen Patienten, der nach eigenen Angaben nach der Operation 7 Jahre lang geheilt war, der jetzt aber nach 12 Jahren wieder schwer epileptisch ist und bei dem es sich herausgestellt hat, dass er sich und die Ärzte betrogen hat.

Dr. Kümmell (Hamburg) glaubt auch, dass stets ein Rezidiv auftreten wird, dass aber der Weg, den Krause gewiesen, geeignet ist, die Patienten wenigstens auf Monate und Jahre hinaus wieder zu brauchbaren Menschen zu machen.

Prof. Jolly (Berlin) spricht den Operationen der Jacksonschen Epilepsie auch keine sehr günstige Prognose für die Dauerheilung zu, doch ist sie berechtigt, da sie diese beschriebenen, wenn auch vorübergehenden Erfolge aufzuweisen hat.

Dr. Schulze-Berge (Oberhausen) hat zwei Fälle von traumatischer Epilepsie durch Trepanation des Schädels geheilt. Der eine ist seit 13 Jahren, der andere seit 5 Jahren vollständig frei von Anfällen.

Dr. Winter hat in neun Fällen von genuiner Epilepsie die totale beiderseitige Sympathikusresektion nach Jonnesco vorgenommen. Ein Erfolg war eigentlich nur bei einem einjährigen Knaben festzustellen, der bisher 11½ Monate nach der Operation anfallfrei geblieben ist. Einschliesslich seiner eigenen Fälle hat Winter aus der Literatur 213 zur Heilung der Epilepsie ausgeführte Sym-

Digitized by Google

pathikusresektionen zusammengestellt. Wenn auch die Sympathikusresektion bisher etwas bessere Erfolge geliefert hat als die Behandlung mit Bromsalzen, so kann doch über den Wert dieser neuen Operation noch kein endgültiges Urteil abgegeben werden.

Weitere Beiträge zur diätetischen Behandlung der Epilepsie von Dr. Bálint (Neurol. Zentralbl. Nr. 8). — Zur diätetischen Brombehandlung der Epilepsie von Dr. Meyer (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 46). — Die Behandlung von genuiner Epilepsie mit Cerebrinum von Dr. Meijers (Nederl. Weekbl. — Schm. Jahrb. 277. Bd. 3. H.). — Die Wasserbehandlung der Epilepsie von Dr. Sadger (Zentralbl. f. d. ges. Ther. 12. H.). — Kraniektomien bei Epilepsien verschiedenen Ursprunges von Dr. Donath (Münch. med. Wochenschr. Nr. 47). — Prof. Krause, Dr. Jaffé, Dr. Kümmell und Prof. Jolly über chirurgische Behandlung der nicht traumatischen Jacksonschen Epilepsie auf dem deutschen Chirurgenkongresse (Med. Woche Nr. 29). — Dr. Schulze-Berge über Epilepsie auf der Naturforscherversammlung zu Kassel (Ther. d. Gegenw. 10. H.). — Beiträge zur operativen Behandlung der Epilepsie von Dr. Winter (Arch. f. klin. Chir. — Schm. Jahrb. 278. Bd. 4. H.).

Ernährungstherapie und Diätetik. Prof. Lehmann (München) prüfte den Einfluss dreier verschiedener Zerkleinerungsgrade auf künstliche Verdauung von Eiweiss. Hartgekochtes Eiweiss wurde in Würfeln von 1 cm und 1 mm Seite, ferner im fein zerriebenen Zustande im Brutschrank mit Grüblerschem Pepsin verdaut. Die Wirkung der Zerkleinerung auf die Löslichkeit war eine höchst auffallende. Nicht nur wurden die kleinen Würfel bedeutend schneller als die grösseren gelöst, die Zerreibung vergrösserte die Geschwindigkeit der Verdauung abermals ausserordentlich (um 30 %, respektive 47 % und 66 %). Auch bei der Verdauung von Käse war die Wirkung der Zerkleinerung höchst auffallend. Bei Fleisch waren die Versuche methodisch schwer auszuführen, doch war das Resultat sehr wichtig, dass das gekochte Fleisch viel langsamer als das rohe angegriffen wurde. Von Vegetabilien wurden Erbsen, Graubrot, Pfannkuchen dem Versuche unterzogen, die ersteren nach fünfstündigem Kochen im Dampftopf. Auch bei diesen Versuchen war die Eiweisslösung von dem Grade der Zerkleinerung abhängig. In bezug auf die Kohlehydrate der Nahrung waren zwei Momente zu prüfen von Wichtigkeit, die Auslaugung wasserlöslicher Zuckerarten aus rohen und gekochten Vegetabilien, sowie die Bildung von Zucker aus rohen und gekochten Vegetabilien bei verschiedener Zerkleinerung. Stets hatte sowohl das Kochen, sowie die Zerkleinerung eine auffällige Erhöhung des gewonnenen Zuckers zur Folge. So ergaben 100 g gekochte Kartoffel in groben Stücken 0,5 g Zucker, in zerriebenem Zustande 10,1 g, Makkaroni, gekocht in groben Stücken 1,5 g, zerkleinert 5,3 g, zerrieben 17,0 g Zucker. Der Einfluss der Zubereitung und Zerkleinerung auf die Raschheit der Verdauung der Speisen ist also ein enormer. Durch Kochen und feines Zerreiben kann die Zuckerbildung auf das 30—100fache gesteigert werden.

Über die Verdaulichkeit der Speisen nach mikroskopischer Untersuchung der Fäces berichtet Dr. Schilling (Leipzig). Alle Nahrungsmittel hinterlassen, sobald sie nicht im Wasser oder in den Verdauungssäften löslich sind oder nicht gelöst werden, Rückstände in grösserer oder geringerer Menge. Mit der Menge der eingeführten Speisen mehren sich die ausgeschiedenen Fäcesmengen. Das Digestionsvermögen hat eine ganz bestimmte Grenze; wird sie in der Zufuhr überschritten, dann gehen an sich verdauliche Stoffe unausgenützt ab. Das gilt vom Fleisch wie vom Ei und von den Vegetabilien. Was bei dem Fleisch das Binde- und Fettgewebe, elastische Fasern, Knorpel, Knochen, Haut, Haare und Schuppen sind, findet sich bei den Vegetabilien, wenn auch reichlicher, als kutikularisiertes, verholztes und verkorktes Gewebe, Bastzellen-Sklereiden und Gefässbündel. Reichliche Pflanzenkost hindert mechanisch und durch Anregung der Peristaltik die Ausnützung der animalischen Substanzen. Von den Schlachttieren hinterlässt das fette Gans- und Schweinefleisch, ferner Rind- und Kalbfleisch, weniger Hammelfleisch gröbere Residuen. Kalt verzehrtes Fleisch steht dem warm genossenen wesentlich in der Verdaulichkeit nach. Huhn, Taube, Pute und Truthahn, ebenfalls Wild, liefern wenig grobe Bröckel. Gekochtes Geflügel

Digitized by Google

übertrifft das gebratene an Verdaulichkeit. Rohes Fleisch hinterlässt sichtbare Reste. Fischfleisch macht eine Ausnahme, indem nur kalter Fisch Rückstände solcher Art liefert. Mikroskopische Zerfallsprodukte lassen sich bei allen Fleischarten auffinden; sie mehren sich nach Wild und Fisch. Gehirn und Bries richten sich in der Ausnützung nach der Zubereitung. Auch Milch produziert fäkale Bestandteile, die genossene Menge bedingt die Quantität. Die Vegetabilien bilden die Hauptmasse der Fäces. Junges Gewebe wird gelöst, derbe Zellkomplexe widerstehen der Digestion. Wenn auch im allgemeinen animalische Kost schlackenarm zu nennen ist, so hinterlassen Mehlsuppen, Reis, Aufläufe und Biskuit ebenfalls minimale Kotmassen. Mikroskopische Residuen hinterlassen alle, auch die leichtest verdaulichen Stoffe, wie Reis, Mehl und Kartoffel, so dass bei gemischter Kost stets isolierte oder in Komplexen noch vereinigte Stärkezellen aufzufinden sind. Verfasser ist der Ansicht, dass auch nach Genuss aufgeschlossener Stärke Stärkezellen, nicht bloss Bruchstücke aufzufinden sind. Kalte Speisen hinterlassen mehr Reste als warme. Das Wort „Verdaulichkeit" ist durch Resorptionsfähigkeit zu ersetzen. Kochkunst, mechanische Verarbeitung, Gewohnheit, richtige Mischung der Animalien mit Vegetabilien und geregelte Lebens- und Ernährungsweise beeinflussen die Resorption aufs deutlichste. Der Herbivore verarbeitet mehr Zellulose als der Mensch; die Resultate der Tierversuche entsprechen nicht den Digestionsbefunden der Omnivoren, selbst Kleber wird verdaut. Die Schlacken enthalten nicht nur unverdauliche, sondern eine Menge verdaulicher, aber nicht verdauter Stoffe. Die Menge der letzteren hängt sowohl von der Vorbereitung der Speisen in der Küche und der Mundverdauung, als von der regelmässigen Lebensweise und der ungestörten Digestion des Einzelnen ab. Mit blossem Auge erkennbare Fleischreste lassen nicht ohne weiteres den Schluss zu, dass eine ernste Darmstörung vorliegt; ebenso wenig gilt stets der Satz, dass grössere Mengen unverdauter Nahrung eine Darmerkrankung beweisen. Bei Schlingern und mangelhaftem Gebiss ist dieses Vorkommen kein seltenes.

Versuche von Prof. Moritz (Greifswald) zeigen die grosse Bedeutung der Konsistenz der Nahrung für die Schnelligkeit der Magenverdauung; daneben kommt aber auch ein chemischer Reiz auf die Magenschleimhaut in Betracht. Es ergibt sich, dass die Ingesta um so längere Zeit im Magen verweilen, eine je stärkere Sekretion des Magens sie veranlassen. Daneben kommt allerdings wohl auch dem Füllungszustand des Darms eine gewisse Bedeutung für die Schnelligkeit der Magenentleerung zu.

Dr. Richter (Berlin) machte an sich zweitägige Ausnützungsversuche und zwar mit Erbsenmaterial, welches mit destilliertem Wasser und andererseits mit hartem Wasser gekocht worden war. Es geht aus den Untersuchungen hervor, dass alle Hauptbestandteile der Erbsen beim Kochen mit hartem Wasser schlechter ausgenützt werden als mit weichem. Die schlechtere Ausnützung ist zurückzuführen auf die Entstehung von Erdsalzalbuminaten und Erdsalzseifen. Die Magnesiahärte, durch Chloride hervorgerufen, stört durch den widerlich kratzenden bitteren Nachgeschmack. Der länger dauernde Genuss solchen Wassers ist hygienisch zu beanstanden.

Untersuchungen von Dr. Schardinger betrafen die Aufbewahrung von Speisen in mit schlechten Wärmeleitern (Filz) umgebenen Behältern. Zur Erprobung gelangten Speisen, wie sie bei gemischter Kost zur Verköstigung von Gesunden und Kranken gewöhnlich verwendet werden. Die betreffenden Geschirre hatten einen Rauminhalt von 5–40 l. Die längste Dauer der Aufbewahrung betrug bei einigen Speisen bis zu 26 Stunden nach Fertigstellung. Das Ergebnis der vom Verfasser angestellten Untersuchungen geht dahin, dass Speisen, in den Speisetransportgeschirren verwahrt, dann unbedenklich genossen werden können, wenn sie aus möglichst reinen, d. i. an Keimen armen Materialien zubereitet, sofort nach dem Kochen in das entsprechend vorbehandelte Transportgefäss eingestellt, in allen Teilen noch eine Temperatur von 56° C besitzen.

Im balneologischen Institute des Prof. Glax in Abbazia stellte Dr. Tripold

Digitized by Google

Untersuchungen über das Verhältnis der Harnausscheidung zu den aufgenommenen Flüssigkeiten bei Gesunden und Kranken an, wobei er zu folgenden Schlüssen gelangte: 1. Um auf Grund der Harnmessung ein richtiges Bild der Diurese zu bekommen, ist es unerlässlich, auch die aufgenommenen Flüssigkeiten ihrer Menge nach zu bestimmen. 2. Auch beim Gesunden besteht das Gesetz, dass die prozentualen Harnmengen zunehmen, wenn weniger getrunken wird, und dass sie sich verringern, wenn viel getrunken wird. 3. Der regimegeübte Mensch verträgt ohne Beschwerde Reduktionen seines Getränkequantums bis zu einer gewissen Grenze. 4. Es bestehen gesetzmässige Relationen zwischen Harnmenge und klimatischen Faktoren, speziell Lufttemperatur und Luftfeuchtigkeit. a) Hohe Lufttemperatur wirkt harnvermindernd, niedere harnvermehrend. b) Bei grosser Luftfeuchtigkeit ist die Harnausscheidung sehr reichlich, bei geringer Luftfeuchtigkeit spärlich. c) Trifft geringe Luftfeuchtigkeit mit niederer Temperatur zusammen, so scheint letzterer klimatischer Faktor im Sinne einer Harnvermehrung zu prävalieren, dagegen macht sich bei mittelhohen Temperaturen und sehr hoher Luftfeuchtigkeit der harnvermehrende Einfluss derselben entschieden geltend. 5. Plötzlich eingeleitete Alkoholabstinenz und Ersatz alkoholischer Getränke durch gewöhnliches kaltes Wasser erzeugt bei einem gesunden Menschen mächtige Diurese. 6. Natürliches kohlensaures Wasser ruft gleichfalls hochgradige Harnflut hervor. 7. Traurige Stimmung wirkt harnvermindernd. 8. Selbst bei lange Zeit fortgesetzter quantitativ und qualitativ gleichartiger täglicher Getränkezufuhr schwankt die Harnmenge von einem Tage zum anderen oft ganz kolossal, so dass man ein Gesetz der Periodizität anzunehmen gezwungen ist.

Dr. Gsodbady, Dr. Bardiwall und Dr. Chapman untersuchten die Wirkung einer übermässigen Ernährung an drei gesunden Menschen, um Vergleichswerte für spätere entsprechende Versuche an Kranken zu gewinnen. Die Autoren kamen zu folgenden Ergebnissen: Bei normalen Individuen führt starke Übernährung zu Schädigungen des Körpers. Es wird nur bei sehr starker Überernährung eine geringe Stickstoffmenge im Körper zurückgehalten. Die Urinmenge ist gesteigert und der Harn von sehr hohem spezifischem Gewichte. Bei der Überernährung ist die Zunahme des gesamten Stickstoffes im Harne der Harnstoffmenge proportional. Während der Überernährung trat rapid eine Zunahme des Körpergewichtes ein, die aber eben so rasch wieder verschwand.

Dr. Bornstein (Leipzig) möchte an Stelle der sogenannten Mastkur die Methode der einseitigen Überernährung mit mässigen Mengen Eiweiss angewendet wissen. Unter Eiweiss versteht er aber nimmermehr Fleisch. So nützlich dieses in kleinen, vernünftigen Mengen ist, ebenso schädlich ist es in grossen Portionen durch seinen Gehalt an Extraktivstoffen. Er steht absolut nicht auf dem Harnsäurestandpunkte, stimmt aber gleichwohl Müller bei, der die Ansicht vertritt, dass übermässige Fleischmengen keine Fleischmast, sondern Gicht machen. Die Art, wie Bornstein seine Überernährungskuren ausführt, ist folgende: Zunächst gestattet er dem Patienten die Nahrung, die ihm instinktiv am bekömmlichsten ist und bei der er sich oft im Körpergleichgewicht hält. Um seinen Eiweissbestand zu heben, der minderwertig ist, fügt er täglich ca. 50 g Eiweiss in beliebiger Form bei. Bornstein bevorzugt auf Grund seiner experimentellen Arbeiten und langjähriger Erfahrung die Kaseineiweisse, speziell die handlichen und sehr bequem dosierbaren Kaseinpräparate: Nutrose und das billige ausgezeichnete Plasmon. Wer über eine reiche Klientel verfügt, bei der nur recht teure Präparate helfen, kann Sanatogen wählen, das sich aber in seinem sonstigen Werte von Nutrose und Plasmon durchaus nicht unterscheidet. Das billige Roborat und das ältere und noch billigere Aleuronat sind ebenfalls gut und dürften besonders in Gebäckform gut zu nehmen sein. Wer aus irgendwelchen Gründen den Speisezettel ohne diese Präparate gestalten will, wird in frischen Käsen, speziell Weichkäsen, in Eiern und in der Magermilch usw. ausgezeichnete Eiweissträger finden; nur dürfte in der

Digitized by Google

Magermilch oft der Milchzucker stören. Wieder andere werden mit Hilfe der Königschen Tabellen eine Nahrung zusammenzustellen wissen, bei der das Eiweiss das gewünschte Plus gegen früher aufweisen wird. Bornstein selbst bevorzugt die Kaseinpräparate resp. überhaupt die aus natürlichen Eiweissen hergestellten, weil ihre Dosierung und Anwendung für Arzt und Patienten so ausserordentlich bequem sind, und selbst die doppelte Menge des Notwendigen vorzüglich vertragen und ausgenützt wird. Dieser Eiweissüberernährung fügt er Eisen hinzu — Bornstein wählt meist Chininеisenpillen — und den Kräften des Patienten angepasste Muskelarbeit, die sich überall leicht ausführen lässt: etwas Zimmergymnastik, Drehen einer leichten Wäscherrolle, Hanteln usw. Die Substanz wächst allmählich unter dieser Behandlung, sie bessert sich und der Bedarf steigt. Es wird infolgedessen auch instinktiv mehr genossen, ohne dass es besonders verordnet wird, und der Körper holt sich allmählich von selbst das zur Abrundung nötige Fett. Was bei den Mastkuren in erster Reihe erreicht wird, kommt hier als Nebensächliches und nur durch die grössere Appetenz Gewonnenes in verhältnismässig geringem Grade zum Ansatz. In erster Reihe aber erzielt man bei dieser Methode Eiweissansatz, Eiweissbesserung: Zellmast. Diese so einfache und dabei erfolgversprechende Methode lässt sich allüberall, bei Arm und Reich, auf der Reise wie in der Heimat, mit den einfachsten Mitteln anwenden. Weder Arzt noch Patient, resp. seine Pfleger bedürfen der genauen Kenntnis der Subtilitäten der Küche. Wir brauchen kein Isolierzimmer, keine Wärterin, keine Elektrotherapeuten, Hydrotherapeuten oder Mechanotherapeuten und die Erfolge entsprechen den besten Erfolgen der Mastkuren, ohne eine gleiche Anzahl von Misserfolgen aufzuweisen. Dort, wo eine allzu intensive Abmagerung eingetreten ist, oder wo es das stark gestörte Seelenleben des Patienten erheischt, dürfte die Weir-Mitchellsche Kur indiziert sein; desgleichen in den Fällen, wo wir, wie bei der Wanderniere, das reichliche Fett als Stützgewebe brauchen.

An Prof. v. Merings Klinik in Halle stellte Dr. Winternitz Versuche über subkutane Fetternährung mit jodierten Fetten an, die zu folgenden Ergebnissen führten: Die subkutan einverleibten Fette werden resorbiert und im Stoffwechsel verwertet; die Resorption ist eine vollständige, doch geht bei einer Injektion von 500 g Öl innerhalb 5 Tagen die Resorptionsgrösse selbst im günstigsten Fall nicht über 2—3 g Fett täglich hinaus, in den ersten 8 Tagen ist die täglich resorbierte Fettmenge erheblich geringer. Demgemäss vergehen Monate, bis ein subkutan angelegtes Fettdepot von 500 g resorbiert ist. An Kraftvorrat kann man also auf diesem Wege höchstens 20—25 Kalorien täglich zuführen. Es sind demnach die Fette zur subkutanen Ernährung nicht geeignet.

Nach Dr. Deucher (Bern) eignen sich zur Rektalernährung am besten: physiologische Kochsalzlösung, Eier mit Kochsalz und nicht zu konzentrierte (Trauben- oder Rohr-) Zuckerlösung mit etwas Opium. Milch allein oder in Kombination ist nicht zu empfehlen; ebensowenig im allgemeinen Wein, Pankreas-Fleisch-Klistier, Fett, Stärke und alle kombinierten Lösungen. Die Hauptindikationen sind: Perityphilitis, Nachbehandlung grosser Magendarmoperationen und frisches Magengeschwür.

Prof. Schmidt (Dresden) liess gebrauchsfertige Nährklistiere herstellen, die aus 250 g 0,9%iger Kochsalzlösung, 20 g besonders präpariertem Nährstoff Heyden und 50 g Dextrin bestehen. Die Nährflüssigkeit ist steril in einen Glastubus gefüllt, welcher an beiden Enden ausgezogen und mit Feilstrichen zum Abbrechen der Spitzen versehen ist. Die eine, nach oben zu haltende Spitze dient nur zum Lufteintritt, die andere ist nach Art eines Irrigatorendes geformt. Über dieselbe wird ein Gummischlauch mit dem Mastdarmrohr gezogen, und das Ganze direkt als Irrigator benutzt. Zum Gebrauch hat man den Tubus nur vor dem Abbrechen der Spitzen kurze Zeit in körperwarmes Wasser zu legen. Einer Indikation, nämlich der der ökonomischen Verordnungsweise, entspricht das neue Nährklistier leider nicht.

Digitized by Google

Prof. Finckler und Dr. Lichtenfelt gehen davon aus, dass das Eiweiss in der Nahrung durch andere Nährmittel nicht ersetzt werden kann, dass von der grossen Menge des Volkes zu wenig Eiweiss genossen wird, und dass die billigen Eiweisspräparate, vor allem das Tropon, hygienisch und wirtschaftlich von grosser Bedeutung für die Ernährung sind.

Im deutschen Krankenhause zu Neapel hat Dr. Graeser das Tropon bei chronisch fieberhaften Erkrankungen mit bestem Erfolge angewandt.

Dr. Neumann (Kiel) hat eine Reihe von Stoffwechseluntersuchungen mit dem Myogen, einem neuen Eiweisspräparat, vorgenommen und zieht aus seinen Beobachtungen folgende Schlussfolgerungen: Sowohl in Pulver-, als auch in Kakes-Form wird das Myogen in grösseren Mengen vom Organismus gut vertragen. Die Versuche ergaben, dass das Myogen dieselbe günstige Assimilation zeigt, wie das Fleisch. Die Resorption ist ebenfalls ausgiebig, wenn auch das Präparat in diesem Punkte dem frischen Fleisch nicht ganz gleichkommt, eine Eigentümlichkeit, die auch anderen Eiweisspräparaten zukommt. Immerhin scheint das Myogen noch etwas günstiger verwertet zu werden. Bei der Verabreichung des neuen Präparates sind die Myogenkakes dem Myogenpulver vorzuziehen, da erstere im Geschmack bedeutend angenehmer sind und nebenbei ein höchst konzentriertes Nahrungsmittel aus ca. 20% Eiweiss, ca. 50% Kohlehydraten und ca. 10% igen Fett darstellen. Sie dürften nicht nur bei Patienten, sondern auch auf Reisen, beim Sport und im Felde sehr gute Dienste leisten. Die Myogenpräparate werden von der Internationalen Heil- und Nährmittelkompagnie in Leipzig hergestellt.

Dr. Ehrlich hat experimentell festgestellt, dass dem Obste Bakterien anhaften, deren Zahl im allgemeinen sich in mässigen Grenzen hält. Die verschiedenen Obstsorten zeigten sich in ungleichem Masse beschmutzt; die wenigsten Bakterien fanden sich bei den Heidelbeeren, die meisten bei den Kirschen. Als zweckmässigstes Verfahren zur Reinigung des Obstes empfiehlt Ehrlich folgendes: Bei frischem Obst genügt eine einmalige gründliche Waschung, am besten unter strömendem Wasser, wobei das Obst etwas durcheinandergeschüttelt werden muss. Mehrfaches Waschen ist nur bei solchem Obst nötig, das längere Zeit dem Eintrocknen ausgesetzt gewesen ist, weil hier die Keime fester haften. Durch zu langes Waschen wird das Aroma und der Geschmack mancher Obstsorten, wie z. B. der Erdbeeren und Himbeeren, nachteilig beeinflusst. Wenn Birnen und Äpfel mit der Schale genossen werden, so ist es zweckmässig, sie zuerst mit einem sauberen und trockenen Lappen abzureiben und dann in strömendem Wasser abzuspülen. Bei allen diesen Massnahmen ist im Auge zu behalten, dass feucht gewordenes Obst rasch Gärungserscheinungen und Schimmelwachstum zeigt, es sind daher nur die zum unmittelbaren Konsum bestimmten Früchte der Waschung zu unterziehen.

Die Borverbindungen rufen bei Tieren, wie Dr. Rost ausführt, unter Umständen Erbrechen, fast stets Durchfall hervor und es ist zum mindesten sehr wahrscheinlich, dass sie bei Menschen ähnlich wirken. Die Borverbindungen setzen beim Tiere und beim Menschen die Ausnutzung der Nahrung und damit das Körpergewicht herab. Ihre Ausscheidung aus dem Körper geht so langsam vor sich, dass mit der Möglichkeit einer bedenklichen Anhäufung im Körper gerechnet werden muss.

Dr. Merkel (Nürnberg) hat mehrfach reine Borsäure als Diuretikum gegeben und danach in der Tat häufig eine erhebliche Steigerung der Harnabscheidung gesehen, aber die meisten Kranken vertrugen das Mittel recht schlecht und bekamen schon nach kleinen Mengen unangenehme Nebenbeschwerden. Merkel meint, seine Erfahrungen sprächen sehr gegen die Zulassung der Borsäure zur Konservierung von Nahrungsmitteln.

Über biologische Mehrleistung des Organismus bei der künstlichen Ernährung von Säuglingen gegenüber der Ernährung mit Muttermilch stellte Prof. Wassermann (Berlin) experimentelle Untersuchungen an. Wenn man einem Kaninchen subkutan mehrmals Injektionen von Kuhmilch, einem anderen

Digitized by Google

ebensoviel Injektionen von Frauenmilch gibt, nach einiger Zeit den so vorbehandelten Tieren Blut entzieht und das Blutserum mit Kuhmilch, resp. Frauenmilch mischt, so findet man, dass das Serum des mit Kuhmilch behandelten Kaninchens nur wieder die Eiweisskörper der Kuhmilch, das des mit Frauenmilch behandelten Tieres nur die Eiweisskörper der Frauenmilch zum Ausfällen (Präzipitieren) bringt, nicht aber vice versa. Diese biologisch genannte Differenzierungsmethode arbeitet viel schärfer, als jede chemische und lässt sicherer als jede andere die Eiweisskörper der Frauenmilch als verschieden von denen der Kuhmilch erkennen. Demnach hat man (nach Escherich) die Brusternährung als unmittelbare Fortsetzung der placentaren Ernährung aufzufassen und eine Gleichwertigkeit der natürlichen und künstlichen Ernährung auszuschliessen. Heubner konnte zeigen, dass bei ungefähr gleicher Kalorienzufuhr dasjenige Kind, das seine Kalorien in Form der homologen Nahrung der Frauenmilch erhielt, im ersten halben Lebensjahre eine weit grössere Wachstumsintensität zeigt, als das andere, und kommt zu dem Schlusse, dass die Mehrarbeit und daher der Mehrverbrauch von Kalorien bei der künstlichen Ernährung auf dem Gebiete der Drüsenarbeit, inklusive der intermediären Spaltungen und Synthesen liegt. Autor bringt nun die experimentellen Beweise dafür, dass tatsächlich die Einverleibung von heterologem Serum in den lebenden Organismus eine vermehrte Sekretionsarbeit für denselben gegenüber dem anderen Falle bedeutet. Wenn er einem Meerschweinchen zuerst heterologes Serum, dann Typhusbazillen ins Peritoneum injizierte, so sammelten sich an der Injektionsstelle verdauende Fermente aus den Körpersäften, die sogenannten Komplemente Ehrlichs an, die die Bakterien abtöteten. Bei Injektion homologen Serums kam es aber zur tödtlichen Typhusinfektion. Damit ist der experimentelle Beweis gegeben, dass heterologes Nahrungsmaterial gewisse biologische Fermente für sich in Anspruch nimmt, an dem Orte, wo es sich befindet, homologes dagegen nicht, dass also das erstere einer Reihe von fermentähnlichen Körpern zu seiner Assimilation bedarf, deren das homologe nicht nötig hat. Was nun die Unterschiede zwischen Brust- und Flaschenkindern in bezug auf die Komplemente betrifft, konnte Moro zeigen, dass das Serum der Brustkinder grössere bakterizide Kraft besitzt, als das künstlich ernährter Kinder, also jenes reicher an verdauenden Elementen, den Komplementen, ist als dieses. Da aber die Frauenmilch selbst keine Komplemente enthält, kann man sich den Sachverhalt nur so erklären, dass die Komplemente bei Flaschenkindern deshalb vermindert sind, weil sie zwecks Assimilierung des heterologen Eiweiss zu homologem an dieses gebunden werden. Dieser biologischen Leistung sind ältere Kinder eher gewachsen, als solche unter drei Monaten oder schwächlich oder früh geborene. Im frühesten Alter sind die Fermentsekretionen noch spärlicher. Jede Ernährung, die dem jungen Organismus eine Fermenttätigkeit erspart, bedeutet eine besondere Ersparnis an Arbeit. Die Brustmilch entfaltet somit besonders in den ersten Monaten eine direkt spezifische Wirkung (Escherich).

Prof. Monti (Wien) tritt energisch ein für die Ernährung der Säuglinge mit Frauenmilch. Als Hauptpunkte seiner Auseinandersetzungen ergeben sich: 1. Die einzige Nahrung, die uns die Sicherheit der physiologischen Entwickelung des Säuglings gewährt, ist die Frauenmilch. 2. Im Interesse der ungestörten Entwickelung des Kindes ist das Selbststillen der eigenen Mutter angezeigt. 3. Wo dies nicht möglich ist, soll im Interesse der Heranziehung eines gesunden und kräftigen Nachwuchses die Ernährung des Säuglings durch eine Amme besorgt werden. 4. Die künstliche Ernährung ist nur auf einzelne Notfälle zu beschränken, weil dieselbe durch Zurückbleiben der Körperentwickelung des Säuglings die Quelle einer grösseren Mortalität und vieler dyskrasischen Leiden ist, die das Heranwachsen eines starken Nachwuchses verhindert. 5. Die Ernährung des Säuglings durch die Mutter oder eine Amme ist nur erfolgreich, wenn man auf die Menge und Qualität der Milch und auf

Digitized by Google

die Veränderungen der Frauenmilch, die während der Laktationsperiode vor sich gehen, Rücksicht nimmt. 6. In Anbetracht, dass die Ernährung mit Frauenmilch die einzige sichere Methode ist, einen gesunden Nachwuchs heranzuziehen, ist es notwendig, diese Ernährung allen Volksklassen zugänglich und möglich zu machen, und die Ärzte müssen bei den betreffenden Behörden dahin wirken, dass Anstalten gegründet werden, bei welchen die Kinder des Volkes mit Ammenmilch genährt werden, oder durch Gründung von Prämien und Verleihung von Stipendien an stillende Frauen die Stillung eines fremden Kindes ermöglicht werde. 7. Das Ammenwesen muss gesetzlich überwacht und geregelt werden. Auf Grundlage der angeführten Tatsachen ist nach Monti alles aufzubieten, um anstatt die Ausbildung der künstlichen Ernährung zu unterstützen, die Ernährnng mit Frauenmilch zum Gemeingut der Kinder des gesamten Volkes zu machen.

Dr. Cronheim und Dr. Müller fanden gelegentlich bei einem mit sterilisierter Milch ernährten Säuglinge eine ungenügende Kalkbildung. Sie stellten darauf an zwei gesunden, nicht rhachitischen Kindern, die abwechselnd mit roher und bei 102° sterilisierter Milch ernährt wurden, Stoffwechselversuche an. Es ergab sich, dass das Fett und Eiweiss der sterilisierten Milch besser verdaut, bezw. assimiliert wurde, als dasjenige der rohen Milch. Das erste Kind zeigte sowohl bei roher, als auch bei sterilisierter Milch eine positive Kalkbildung. Nur war der Kalkansatz bei Verwendung roher Milch reichlich doppelt so gross als bei Verwendung sterilisierter Milch. Das zweite, ausgesucht kräftige Kind liess nach dieser Richtung hin keine Unterschiede erkennen. Der eine Versuch, sowie die frühere Erfahrung der Autoren sprechen dennoch nicht für die Verwendung sterilisierter Milch, wenigstens für längere Zeit. Sehr kräftige Kinder scheinen ihren Kalkbedarf für kurze Zeit ebenso gut aus sterilisierter wie aus roher Milch decken zu können.

Prof. Soxhlet wendet sich gegen die Vorwürfe, die dem Sterilisieren der Milch gemacht werden. Er geht dabei auf die Theorie der Fermentbildung in der Milch ein, die angeblich für die Verdauung wichtig sein soll, eine Theorie, der er nicht folgen könne. Sollte dieselbe eine sichere Begründung erfahren, so würde die Abtötung der Fermente durch das Kochen und Pasteurisieren der Milch in gleicher Weise wie durch das Sterilisieren erfolgen. Was den Vorwurf angeht, dass Rhachitis durch den Genuss sterilisierter Milch entsteht, so vertritt Soxhlet den Standpunkt, dass die Schuld die künstliche Nahrung, nicht aber das Sterilisieren derselben trifft, und widerlegt dabei die Angaben von Cronheim und Müller, die infolge unrichtiger Kalkbestimmungen zu dem Ergebnis kamen, dass der Genuss sterilisierter Kuhmilch den Kalkansatz hintanhalte. Unstreitig sind sehr häufig Verdauungsstörungen Vorläufer der Rhachitis und gegen die Entwickelung derselben ist das Sterilisieren der Milch entschieden das beste Prophylaktikum.

Dr. Ransom stellt folgende Sätze auf: Milch, auf ihren Siedepunkt (110° C) erhitzt oder bei 100° C für 10—15 Minuten gekocht, leidet nicht in ihrem Nährwert; dass bei ihrem Gebrauch oder nach dem von pasteurisierter Milch (auf 80°—85° C erhitzt) Kinderskorbut auftreten kann, ist ganz unwahrscheinlich. Die genannten Verfahren machen die Milch nicht absolut keimfrei, aber sie töten die meisten pathogenen Bakterien (Tuberkel-, Cholera-, Diphtherie-Typhusbazillen) ab, und, wenn diese Milch kühl aufbewahrt (und dann getrunken) wird, finden sich keine Sporen zu Bazillen entwickelt. Pasteurisieren eignet sich aus medizinischen und ökonomischen Gründen weniger gut als viertelstündiges Kochen, das mit passenden Apparaten in jedem Haushalt zweckmässig vorgenommen werden kann. In Zeiten von Sommerdiarrhöen soll das Kochen auf eine ½ Stunde ausgedehnt werden, und die Milch in einigen Stunden verbraucht sein, oder einen neuen Sterilisationsprozess durchmachen, da die Sporen des Enteritisbacillus sehr widerstandsfähig sind.

Prof. Edlefsen (Hamburg) teilt seine Erfahrungen aus einer umfangreichen und langjährigen Armenpraxis mit, die ein

Digitized by Google

einfaches und nicht kostspieliges Verfahren erfordert. Unter diesen Umständen hat er stets das Kochen der nur mit Wasser verdünnten Einzelportion Milch vorgeschrieben. Traten hierbei Diarrhöen auf, so liess er 3—4 mal täglich vor der Mahlzeit 0,25 g trockenes Pepsin in etwas Wasser nehmen und erzielte damit vortreffliche Resultate. Die Methode hat ausserdem den Vorzug, dass man während der Erkrankung die Milchzufuhr nicht zu unterbrechen braucht.

Aus seinen Experimenten zieht Dr. Silberschmidt (Zürich) folgende praktische Schlussfolgerungen: Rohe Milch ist nur ausnahmsweise zu empfehlen; sie stellt, da sie rasch und grobflockig gerinnt, erhöhte mechanische Anforderungen an die Magenmuskulatur und ist der Einwirkung der Verdauungssäfte weniger zugänglich. Zu lange gekochte oder zu hoch erhitzte Kuhmilch gerinnt mit Lab schwer oder gar nicht, fordert also vom Magen entsprechend mehr Säure. Kurzdauerndes Kochen bezw. Erwärmen im Soxhletapparat zieht Silberschmidt im allgemeinen dem Pasteurisieren vor und empfiehlt kühle Aufbewahrung und möglichst raschen Verbrauch der Milch.

Dr. Oppenheimer (München) tritt für das Pasteurisieren der Kindermilch ein, sie sei ebenso sicher frei von pathogenen Keimen, wie die sterilisierte, sie halte sich genügend lang, sei aber in ihrer chemischen Zusammensetzung nicht so verändert wie die intensiv gekochte. Der von ihm zu diesem Zwecke konstruierte Apparat ist durch die Kronenapotheke in Dresden erhältlich.

Nach den in München wie anderorts gemachten günstigen Erfahrungen mit Buttermilch ist nach Dr. Rommel dieselbe besonders bei akuten Magendarmerkrankungen, aber auch bei chronischen Ernährungsstörungen ein überraschend sicher wirkendes therapeutisches Diätetikum. Die Wirkungsweise der Buttermilch erklärt sich durch ihre Fettarmut, zumal bei akuten Fällen, durch die feine Verteilung des Kaseins, welche mechanisch durch den Prozess des Butterns zu stande kommt und bei gekochter bezw. sterilisierter Buttermilch durch den Mehlzusatz erhalten bleibt, durch den Gehalt an Milchsäure, welcher a) abnorme Gärungen verhindert und das Kasein vor Fäulnis schützt, b) eine unwillkommene spätere Labwirkung ausschliesst, c) peptisch wirkt neben der Salzsäure. Der nachteilige Einfluss, welchen die Buttermilch durch ihren Gehalt an Milchsäure auf den Mineralstoffwechsel, im besonderen die Ca-Bilanz ausübt, lässt sie als ausschliessliche Dauernahrung nicht geeignet erscheinen. Bei längerer Anwendung ist es angezeigt, den Zuckerzusatz beträchtlich zu vermindern und den Gehalt an Fett zu vermehren.

Dr. Arraga hat in mehreren Fällen von Gastroenteritis bei Kindern Buttermilch angewendet und ist mit den erzielten Resultaten sehr zufrieden. Er betrachtet dieses Nahrungsmittel als allen anderen überlegen, indem es selbst in schweren Fällen von Dyspepsie gute Erfolge gibt. Die Bereitung der verwendeten Buttermilch wurde mit besonderer Sorgfalt vorgenommen; die benutzte Sahne stand nicht länger als 24 Stunden, worauf, nach vorgenommener Ausbutterung, der Buttermilch je 25 g Weizenmehl und 35 g Rohrzucker pro Liter zugesetzt wurden. Unter fortwährendem Mischen wird das ganze durch zwei Minuten gekocht, hierauf in sterilisierte Flaschen gefüllt und in Eis aufbewahrt. Die Kinder bekamen 150—200 g zweistündlich. Manche zeigten nach einigen Tagen Widerwillen gegen dieses Nahrungsmittel und dann wurde zeitweilig Malted-Milk oder Nestlesches Mehl gegeben.

Die Anwendungsgebiete für die Buttermilch sind nach Dr. Kobrak (Berlin): 1. Frühgeburten und bei Geburt schwach entwickelte Kinder, denen Brustnahrung nicht gegeben werden kann. 2. Atrophische Kinder. 3. Verwendung zum Allaitement mixte, speziell bei den unter 1 und 2 genannten Kindern. 4. Verwendung im dyspeptischen Stadium mittelschwerer und leichter Darmkatarrhe, hingegen nicht im akuten Stadium. 5. Bei angeborenem oder früh erworbenem Erbrechen schwerer Art, deswegen weil es zuweilen gelingt, bei seltener Darreichung und spärlicher Nahrungsmenge eine relativ hohe Kalorienzahl zuzuführen. Für kontraindiziert hält Kobrak Buttermilch: 1. Wenn sie

Digitized by Google

mit grossem Widerwillen trotz mehr als zweitägigen Versuches genommen wird. 2. Wenn bei ihr Dyspepsie mit stark sauren Stühlen entsteht. 3. Wenn bei ihr heftiges, sonst nicht bestehendes Erbrechen eintritt. 4. Wenn bei ihr ein Darmkatarrh mit spritzenden Stühlen entsteht oder rezidiviert. 5. Im dyspeptischen Stadium schwerer Darmkatarrhe. 6. Bei Tetanie, wenn die objektiven Symptome, vor allem die elektrische Erregbarkeit und der Laryngospasmus sich bei dieser Nahrung verschlimmern. 7. Bei sehr hochgradiger Verstopfung, es sei denn, dass sonstige dringende Indikation vorliegt; in diesem Falle lässt sich unter Umständen durch Zusatz abführender Substanzen, wie Malzsuppenextrakt, auch Theinhardts löslicher Kindernahrung, die stopfende Wirkung der Buttermilch aufheben. 8. Bei Barlowscher Krankheit. Schliesslich hat Kobrak die Vermutung, dass eine zu lange Ernährung mit Buttermilch eine konstitutionelle Störung (Anämie, Schwellung der Milz und Leber) verursachen kann. Aus diesem Grunde widerrät er die Verwendung der Buttermilch als Säuglingsnahrung ohne besondere Indikation.

Auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Kassel sprach Dr. Reinach (München) über die Behandlung von Ernährungsstörungen im Säuglingsalter mit gelabter Kuhmilch. In den von Reinach mit gelabter, verdünnter Kuhmilch behandelten Fällen chronischer Ernährungsstörung hat sich bezüglich Ausheilung der Darmstörung und Hebung des Ernährungszustandes des Gesamtorganismus ein Vorzug vor anderen Methoden nicht ergeben; wesentlich günstiger gestaltete sich die Ausheilung akuter Verdauungsstörungen. Die unverdünnte Pegninmilch hat sich nur in einer kleinen Zahl von Fällen für längere Zeit anwenden lassen. Da aus den auch von anderer Seite publizierten Erfolgen, einerseits mit kohlehydratreichen, andererseits mit fettreichen Nährmitteln, sowie auf Grund mikrochemischer Stuhluntersuchungen hervorgeht, dass neben der oft nötigen Milchverdünnung bei einer Zahl von Kindern Zusatz von Kohlehydraten, bei anderen Fett mit eventueller Herabsetzung des Eiweissgehaltes nötig ist, um dauernd gutes Gedeihen zu gewährleisten, so ist zwar zur Erhöhung der Eiweissverdaulichkeit auch die Labung prinzipiell in Erwägung zu ziehen, aber für die Bedürfnisse und Handhabung in der Praxis dürften solche Mischungen zu kompliziert und für das Gros der Bevölkerung zu umständlich werden. Die Pegninmilch wird durchweg gern genommen. In einer grösseren Reihe von chronischen und akuten Störungen mit vorwiegendem Erbrechen und Unruhe nach dem Trinken wurden letztere Symptome in der günstigsten Weise durchweg beeinflusst. Fälle von Reizerscheinungen von seiten des Zentralnervensystems, die mit den Verdauungsorganen in Zusammenhang gebracht werden können, zeigten sofortiges Verschwinden dieser Zustände.

Prof. Siegert (Strassburg) hat mit der Labung der Milch bei gesunden Kindern ausgezeichnete Erfolge zu verzeichnen, spricht sich aber dagegen aus, gelabte Milch als Heilmittel zu verwenden. Die Labung ist nur die Herbeiführung eines physiologischen Vorganges. Verwandt darf nur gekochte Milch werden, da die Labung roher Milch sehr feste Gerinnsel gibt.

Dr. Schlossmann (Dresden) hat mit Pegnin keine besseren Resultate gesehen und hält die Bestrebungen, die Milch durch verdauende Zusätze leichter verdaulich zu machen, heutzutage nicht für angebracht. Wir sollten vielmehr dahin streben, möglichst gute und reine Milch zu bekommen. Die alte Lehre, bei akuten Magendarmstörungen anfangs die Milch ganz fortzulassen, sei eine Irrlehre.

Nach Dr. Selters (Solingen) Untersuchungen ist die Gerinnung der gelabten Milch im Magen des Kindes die gleiche, wie diejenige nicht gelabter Milch. Gegenüber Schlossmann möchte er vorläufig bei akuten Magendarmstörungen keine Milch geben.

Dr. Rommel (München) befürwortet die Anwendung gelabter Milch bei Krankheitsfällen, in denen die Symptome von seiten des Magens im Vordergrunde des Krankheitsbildes stehen. Derselbe Autor empfiehlt auf Grund günstiger Erfahrungen, die er an dem Krankenmaterial der Münchener Poliklinik von Prof. Seitz

Digitized by Google

sammeln konnte, als Zusatzmittel zur verdünnten Kuhmilch den von Soxhlet angegebenen Nährzucker, der ein reines Umwandlungsprodukt der Stärke darstellt und ungefähr zu gleichen Teilen aus Dextrin und Maltose besteht, dem aber in rationeller Weise lösliche Kalksalze und 2% Kochsalz zugesetzt sind. Von diesem Nährzucker wurden 10—20%ige wässerige Lösungen in entsprechenden Mengen der Milch zugesetzt. In der Behandlung kranker Säuglinge ist der Nährzucker vor allem indiziert bei akuten Darmkartarrhen als erste Nahrung nach Wasserdiät, und bei chronischen Ernährungsstörungen, die durch milch- und fettreiche Nahrung entstanden sind. Ausserdem ist die Herstellungsweise der Nahrung sehr einfach und nicht kostspielig; ferner kann das Präparat wegen des Fehlens von unverändertem Mehl auch Kindern im ersten Lebensquartal verabfolgt werden.

Die neue Kindernahrung Odda unterscheidet sich nach Dr. Müller von anderen durch ihren Gehalt an Hühnerdotter, einem fettreichen Bestandteil, den v. Mering empfohlen hat. Der Eidotter enthält 31,8% Fett, dieses wieder phosphorreiches Lecithin. Der Lecithingehalt des Eidotterfettes ist für den Eiweissansatz bedeutungsvoll. Von 24 mit Odda ernährten Kindern gestatteten acht eine längere Beobachtung; sie waren sämtlich an akuten Magendarmstörungen erkrankt. Die Behandlung bestand allein in der Darreichung von reiner Oddasuppe, manchmal nach vorausgeschickter eintägiger Hungerkur. Mit der Beimischung von Milch zur Oddasuppe wurde erst wieder begonnen, wenn die Kinder die Suppe nicht oder ungern tranken. Das Kindermehl wurde kurze Zeit in Wasser aufgekocht. Autor kann auf Grund seiner Erfahrungen sein Urteil dahin abgeben, dass die Odda eine Kindernahrung darstellt, welche auch kleine Kinder (im zweiten Lebensvierteljahre) gut vertragen und dabei an Gewicht zunehmen. Besonders ist hervorzuheben, dass magendarmkranke Kinder bei alleiniger Ernährung mit Oddasuppe sich erholt haben. Nicht gelungen ist es, die Kinder länger als 5—10 Tage nur mit Odda zu ernähren, man musste dann zu einem Zusatz von Milch übergehen. Meist hatten die Mütter es schon von selbst getan. Weiterhin gediehen gesunde Kinder des zweiten Lebenshalbjahres bei einem Zusatz von Odda zur Milch sehr gut und nahmen diese Mischung durch viele Wochen hindurch gern. Das Hauptfeld für die Anwendung der Odda dürften die Kinder sein, welchen man im siebten und achten Lebensmonat zur Milch einen Zusatz geben will. Hier dürfte dieses neue Präparat durch seinen Gehalt an Eidotter vor den meisten anderen Präparaten den Vorzug verdienen.

Dr. Hirt (München) bezeichnet Theinhardts lösliche Kindernahrung als ein recht brauchbares Präparat für die Ernährung gesunder und kranker Säuglinge. Verfasser hat von dem Nährmittel ausgiebigen Gebrauch in der Praxis gemacht und kann dasselbe nach seinen Erfahrungen bestens empfehlen. Stellt man sich eine Mischung her, in welcher auf 100 ccm Wasser ein Teelöffel (= 5 g) Theinhardtmehl kommt, so hat man eine Zusatzflüssigkeit zur Milch, welche das Eiweissverhältnis der Gesamtnahrungsmenge nennenswert aufbessert und den Zuckerverlust durch ein Kohlehydrat ersetzt, von dem man viel grössere Mengen geben darf, ohne das Auftreten unverdauter Reste im Stuhl befürchten zu müssen. Noch wertvoller als in gesunden Verdauungszeiten wird das in Rede stehende Kindermehl häufig im Verlauf von Verdauungsstörungen. Bei akuter Gastroenteritis und ähnlichen Magendarmerkrankungen, in denen Milch nicht vertragen wird, steht uns in der mit Wasser oder Schleimwasser bereiteten Theinhardtnahrung ein vortreffliches Übergangsmittel für die Ernährung zur Verfügung. Das gilt insbesondere auch von den Fettdiarrhöen, wo eine Idiosynkrasie gegen Fett als alleinige Verdauungsschwäche besteht. Hier lässt sich mit keinem anderen Mittel der Fettverlust so günstig ausgleichen. Aber auch bei von vorneherein bestehender oder unter Mehlüberfütterung entstandener Insuffizienz der Kohlehydrat-Verdauung eignet sich Theinhardts Präparat vorzüglich, um eine ungenügende Zunahme hintanzuhalten.

Dr. Kraus (Wien) hat bei Kindern vom

Digitized by Google

Hygiama sehr gute Erfolge gesehen. Das Präparat wurde beinahe von allen Kindern, auch von solchen, deren Geschmack etwas verwöhnt war, gern genommen und gut vertragen. 1½—2 Teelöffel des Pulvers wurden mit ¼ l Milch aufgekocht oder mit kochender Milch angerührt und je nach dem Alter des Kindes 2—3 mal täglich verabreicht. Der Erfolg dokumentierte sich vor allem in Hebung des Körpergewichtes. Bei Rhachitis wurde Regelung der Verdauung, Abnahme der Kraniotabes und Zusammenziehen der Fontanellen beobachtet. Kinder, die an chronischem Magenkatarrh und nervöser Dyspepsie litten, zeigten Besserung des Appetits, bei anämischen und chlorotischen Kindern trat nach längerem Gebrauch bessere Färbung der Schleimhäute zutage.

Ein von Dr. Schilling (Leipzig) verfasstes Buch „Hygiene und Diätetik der Stoffwechsel-Krankheiten" erfüllt in ausgezeichneter Weise die Aufgabe, dem Praktiker eine auf streng wissenschaftlicher Basis ruhende Anleitung zu liefern, um auf dem umstrittenen Gebiete der „Stoffwechselkrankheiten" in dem gegebenen Falle die richtige Diät und die richtige Therapie verordnen zu können. Trotzdem dasselbe kurz abgefasst ist, enthält es in seinen drei ersten Abschnitten das Wissenswerte aus der Lehre über den Stoffwechsel, aus der Hygiene, der Diätetik und von den physikalischen Heilmethoden im allgemeinen und behandelt in seiner speziellen Therapie nicht nur die bekannte Trias: Diabetes mellitus, Fettleibigkeit und Gicht, sondern auch die weiter stehenden Stoffwechsel-Anomalien: Anämie, Chlorose, Leukämie, Rhachitis, Osteomalacie, Skorbut, Barlowsche Krankheit, Diabetes insipidus, Phosphaturie, Oxalurie, Morbus Basedowii, Myxödem und die Autointoxikationen.

Die Erhöhung der Verdaulichkeit der Speisen durch Zerkleinerung und durch Kochen von Prof. Lehmann (Krankenpfl. Nr. 3. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 2. H.) — Die Verdaulichkeit der Speisen nach mikroskopischer Untersuchung der Fäces von Dr. Schilling (Wien. med. Presse. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 3). — Studien über die motorische Tätigkeit des Magens von Prof. Moritz (Zeitschr. f. Biol. 42. Bd. — Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 6. Bd. 10. H.). — Über die Ausnutzung von Erbsen im Darmkanal des Menschen bei weichem und hartem Kochwasser von Dr. Richter Arch. f. Hyg. 46. Bd. 3. H. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 14). — Über die Zulässigkeit des Warmhaltens von zum Genuss bestimmten Nahrungsmitteln mittelst Wärme speichernder Apparate, sog. Thermophore, von Dr. Schardinger (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 16). — Über das Verhältnis der Harnausscheidung zu den aufgenommenen Flüssigkeiten bei Gesunden und Kranken von Dr. Tripold (Zeitschr. f. diät. und phys. Ther. 7. Bd. 1. u. 2. H.). — Wirkung der gewöhnlichen und übermässigen Ernährung bei normalen Individuen von DDr. Goodbody, Bardswell und Chapman (Journ. of Physiol. — Schm. Jahrb. 277. Bd. 2. H.). — Dr. Bornstein über Mastkuren in der medizinischen Gesellschaft zu Leipzig (Münch. med. Wochenschr. Nr. 51). — Zur Frage der subkutanen Fetternährung von Dr. Winternitz (Zeitschr. f. klin. Med. 50. Bd. — Münch med. Wochenschr. Nr. 35). — Über Rektalernährung von Dr. Deucher (Korresp.-Bl. f. Schw. Ärzte Nr. 2). — Gebrauchsfertige Nährklistiere von Prof. Schmidt (Münch. med. Wochenschr. — Medico Nr. 49). — Der Eiweiss in Hygiene und Wirtschaft der Ernährung von Prof. Finckler und Dr. Lichtenfelt (Zentralbl. f. allg. Gesundheitspfl. — Schm. Jahrb. 278. Bd. 5. H.). — Ärztlicher Bericht über das Deutsche Krankenhaus zu Neapel 1902—1903 von Dr. Graeser (Neapel, Richter & Co. 1904). — Über Myogen, ein neues Eiweisspräparat von Dr. Neumann (Münch. med. Wochenschr. — Medico Nr. 4). — Die Reinigung des Obstes vor dem Genusse von Dr. Ehrlich (Arch. f. Hyg. 41. Bd. 2. H. — Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 6. Bd. 11. H.). — Sind Borsäure und Borax wirkungs- und gefahrlos für den Organismus? von Dr. Rost (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 7 u. 8. — Schm. Jahrb. 277. Bd. 3. H.). — Die Verwendung der Borsäure in der inneren Medizin von Dr. Merkel (Münch. med. Wochenschr. Nr. 3. — Schm. Jahrb. 277. Bd. 3. H.). — Über biologische Mehrleistung des Organismus bei der künstlichen Ernährung von Säuglingen gegenüber der Ernährung mit Muttermilch von Prof. Wassermann (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 1. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 2. H.). — Die Ernährung der Säuglinge mit Frauenmilch von Prof. Monti (Arch. f. Kinderheilk. 37. Bd. 1. u. 2. H.). — Untersuchungen über den Einfluss der Sterilisation der Milch auf den Stoffwechsel des Säuglings unter besonderer Berücksichtigung der Knochenbildung von Dr. Cronheim und Dr. Müller (Jahrb. f. Kinderheilk. 7. Bd. 1. H. — Schm. Jahrb. 280. Bd. 11. H.). — Prof. Soxhlet über Milchversorgung und Säuglingsnahrung im ärztlichen Verein zu Hamburg (Ther. Monatsh. 12. H.). — Kann Milch Krankheit erregen? von Dr. Ransom (Brit. med. Journ. — Zeitschr. f diät u. phys. Ther. 6. Bd. 10. H.). — Prof. Edlefsen über die durch die Schwerverdaulichkeit der Kuhmilch veranlassten Gesundheitsstörungen des Säuglings und die Wege zu ihrer Verhütung und Beseitigung im ärztlichen Verein zu Hamburg (Ther. Monatsh. 12. H.). — Über den Einfluss der Erwärmung auf die Gerinnung der Kuhmich von Dr. Silberschmidt (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 28). — Über natürliche und künstliche Säuglingsernährung von Dr. Oppenheimer (J. F. Bergmanns Verlag in Wiesbaden). — Über Buttermilch von Dr. Rommel (Arch. f. Kinderheilk. 37. Bd. 3 u. 4 H. — Allg.

Digitized by Google

med. Zentral-Ztg. Nr. 44). — Buttermilch von Dr. Arraga (Arch. de méd. des enf. 6. H. — Schm. Jahrb. 280. Bd. 10. H.). — Buttermilch als Säuglingsnahrung in der poliklinischen Praxis von Dr. Kobrak (Ther. d. Gegenw. 7. H.). — Dr. Reinach, Prof. Siegert, Dr. Schlossmann, Dr. Selter und Dr. Rommel über Behandlung von Ernährungsstörungen im Säuglingsalter mit gelabter Kuhmilch auf der Deutschen Naturforscherversammlung zu Kassel (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 45). — Der Soxhletsche Nährzucker in der Säuglingsernährung von Dr. Rommel (Med. Woche Nr. 35. — Ärztl. Praxis Nr. 20). — Kasuistischer Beitrag zur Ernährung von Kindern mit Odda von Dr. Müller (Ther. Monatsh. 7. H.). — Über Dr. med. Theinhardts lösliche Kindernahrung von Dr. Hirt (Med. Woche. — Medico Nr. 4). — Über den Wert des „Hygiama" als Nährmittel von Dr. Kraus (Ther. Monatsh. 12. H.). — Hygiene und Diätetik der Stoffwechselkrankheiten von Dr. Schilling (Leipzig, Verlag von H. Hartung & Sohn).

Erysipel. Dr. Pollatschek (Wien) hat an mehr als 300 Fällen von Erysipel verschiedene Behandlungsweisen versucht. Als Normalverfahren gilt nach Autor die Behandlung mit Umschlägen von eiskaltem Liquor Burowi im akuten Stadium und mit Borvaseline in der Rekonvaleszenz. Es ergab sich hierbei — aus 80 Fällen berechnet — als durchschnittliche Dauer des Fiebers vor Eintritt in das Spital (Anamnese) 2,3 Tage, Dauer des Fiebers während der Spitalbehandlung 5 Tage, Dauer der Rekonvaleszenz 7,1 Tage. Als Rekonvaleszenz wird die Zeit von der Entfieberung bis zum Austritt aus dem Spital, d. i. bis zum Schwinden jeglicher Schuppung, bezeichnet. Mit rotem Lichte wurden 33 Patienten behandelt; die Resultate waren aber nicht derartige, dass Verfasser die Behandlungsmethode oder gar die Einrichtung besonderer roter Zimmer in Spitälern für Zwecke der Erysipelbehandlung empfehlen könnte. Es betrug zwar die Durchschnittsdauer des Fiebers vor Eintritt ins Spital 1,8 Tage, des Fiebers im roten Zimmer 4,5 Tage, der Rekonvaleszenz 6,6 Tage, aber die Behandlung im roten Zimmer war für die Patienten recht lästig, da die Fenster während des Tages nicht geöffnet werden konnten und daher die Luft im Krankenzimmer eine recht schlechte war. Die Patienten betrachteten die Entfernung aus dem roten Zimmer, die gewöhnlich ½ – 1 Tag nach der Entfieberung erfolgte, als eine Erlösung. Das Mesotan, mit welchem die erkrankte Haut mehrmals täglich gepinselt wurde, erwies sich als vollständig wirkungslos. Einige schwerere Fälle wurden mit intravenösen Injektionen von Argentum colloidale behandelt. Verfasser hatte den Eindruck, dass in einem oder dem anderen Falle die Krankheit nach der Injektion einen milderen Charakter annahm. Als ein gutes symptomatisches Mittel bewährte sich das Anästhesin. Bei allzu starrer Infiltration der Haut klagen die Patienten über Spannungsgefühl und Schmerzen in der befallenen Hautpartie, besonders wenn das Ohr vom Erysipel ergriffen wird. Nach Auflegen einer 10%igen Anästhesinsalbe trat prompt ein Nachlass der Schmerzen ein. Für den Verfasser bleibt daher die Behandlung mit Eisburow das Normalverfahren beim Erysipel; bei schmerzhafter Infiltration der Haut empfiehlt er die 10%ige Anästhesinsalbe, in schweren Fällen mag Zuflucht zu den intravenösen Kollargollösungen genommen werden.

Neuere therapeutische Versuche beim Erysipel von Dr. Pollatschek (Ther. d. Gegenw. 11. H.).

Eukain. Dr. Marcinowski bringt den Nachweis, dass mit Ausnahme der iritischen Prozesse das Eukain B dem Kokain unbedingt überlegen und vorzuziehen ist. Das Eukain ist von den meisten mit Recht verworfen worden. Das Eukain B zeigt keine reizenden Eigenschaften. Es ruft nur eine unbedeutende Gefässerweiterung hervor, beeinflusst nicht die Weite der Pupille und die Akkomodation, setzt den Tonus des Augapfels nicht herab und lässt die Hornhaut intakt. Die Eukainhyperämie begünstigt die Heilung bei Augenoperationen, ist aber bei iritischen Prozessen durchaus zu meiden. Die anästhesierende Kraft des Eukain B ist der des Kokains annähernd gleichzusetzen. Die Konzentration der Eukainlösungen ist am besten folgende: in der Augenheilkunde 2% tropfenweise; in der Harnröhre und Blase 2% (bis 60 ccm); in Nase, Hals, Rachen 5–10%, (Pinsel, Spray); auf Schleimhäuten und Wunden 5–10%; in der Zahnheilkunde 2–5% (1 ccm); für die Infil-

Digitized by Google

trationstechnik nach Schleich 1‰ bis 1% qu. s.; nach Reclus 2% qu. s.; nach Braun 1‰(—0,3 g) Eukain; für die regionäre Analgesie 2–5%(—0,3 g Eukain); nach Braun 1%(—0,15 g). Das salzsaure Salz-Eukain B löst sich in 100 Teilen Wasser zu ca. 3⅓—5%; es bildet in der Wärme übersättigte Lösungen. Zum Gebrauche sollen alle Lösungen ausnahmslos auf Blutwärme gebracht werden. Die Lösungen sind unbegrenzt haltbar und vertragen wiederholtes Kochen und Sterilisieren ohne jede chemische Veränderung. Das Eukain B wirkt leicht antibakteriell.

Das Eukain B von Dr. Marcinowski (Deutsche Zeitschr. f. Chir. — Schm. Jahrb. 277. Bd. 2. H.).

Eumydrin. Dr. Lindenmeyer (Frankfurt a. M.) hat das Eumydrin, das durch eine Umwandlung des Atropins gewonnen wird, in 1—10%igen Lösungen geprüft. Die Mydriasis tritt bei schwachen Konzentrationen nach 10—25 Minuten ein, nach 2—3 Tagen ist die frühere Pupillenweite wieder erreicht. Etwas später als die Mydriasis tritt eine Lähmung der Akkomodation ein, bezüglich deren Dauer sich individuelle grössere Schwankungen zeigen. Bei den 5—10%igen Lösungen werden diese Wirkungen rascher erreicht. Manchmal überdauerte die Akkomodationslähmung die Mydriasis. Irgendwelche Intoxikationserscheinungen kamen bei keinem der Versuche zur Beobachtung. Bei Iritis, wo sich in einigen Fällen besonders gute Wirkung zeigte, kann das Eumydrin dann zur Verwendung kommen, wenn sich betreffs des Atropins eine Kontraindikation ergibt. Von einem anderen Verfasser wird von günstiger Wirkung des Mittels bei Schweissen der Phthisiker berichtet.

Eumydrin, ein neues Mydriatikum von Dr. Lindenmeyer (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 47).

F.

Febris recurrens. Dr. Karlinski (Cajnica, Bosnien) hat zahlreiche Beobachtungen zur Verfügung über die Lebensdauer der aus dem Blute entnommenen und ausserhalb aufbewahrten Spirillen und fand im allgemeinen, dass, je näher der Patient sich der Krise befindet, desto kürzer die Lebensdauer der Spirillen wird. Durch Zugabe von Kochsalz wurde die Lebensfähigkeit der Spirillen abgekürzt. Verfasser hat nun bei einigen seiner 890 Kranken mit Rückfallfieber subkutane Infusionen von sterilisierter 1% Kochsalzlösung gemacht und glaubt einen günstigen Einfluss auf die Dauer der Erkrankung konstatiert zu haben, indem mehrmals vom Zeitpunkt der Injektion an keine Anfälle mehr auftraten.

Zur Therapie des Rückfallfiebers von Dr. Karlinski (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 15).

Fettleibigkeit. Über den Prozess der Verfettung auf Grund von experimentellen Untersuchungen hielt Dr. Rosenfeld (Breslau) einen Vortrag in der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur. Rosenfeld hatte sich die Aufgabe gestellt, experimentell zu prüfen: Welche Organe verfetten überhaupt? In welchem Grade und auf welchem Wege geschieht die Verfettung? Es ergab sich, dass nur Leber, Herz und Pankreas verfettende Organe sind, während alle anderen untersuchten Organe keine verfettende Tendenz zeigten. Nach Ansicht des Vortragenden handelt es sich bei der Verfettung nicht um eine Fettbildung, sondern um eine Fettwanderung aus den gewöhnlichen Fettdepots. Den Beweis für diese Behauptung sieht der Vortragende durch folgende Experimente gegeben: Hunde wurden durch Hungern entfettet und dann mit Hammeltalg gefüttert; das Hammelfett setzte sich in den gewöhnlichen Depots und in der Leber ab; dann wurden die Tiere wieder hungern gelassen bis das Hammelfett aus der Leber geschwunden war. Ein Teil der Tiere wurde nunmehr getötet, um festzustellen, dass die Leber auch wirklich frei von Hammelfett sei. Die noch leben-

Digitized by Google

den wurden mit Phosphor vergiftet und bei der Sektion wurde dann das Vorhandensein von Hammelfett in der Leber festgestellt. Sonach scheint die Theorie der Fetteinwanderung bewiesen und die der Fettbildung aus Eiweiss widerlegt. Um jedoch noch exakter den Beweis zu führen, exstirpierte und untersuchte der Vortragende bei demselben Tier ein Stück Leber vor der Vergiftung und den Rest nach der Vergiftung. Auch diese Experimente fielen im Sinne der Theorie der Fettwanderung aus. Ein anderer Beweis für die Unrichtigkeit der bisherigen Theorie der Fettbildung aus Eiweiss ist folgender: Bei fettärmsten Hunden und Hühnern müsste Phosphor eine Verfettung herbeiführen, wenn das Fett aus Eiweiss entstünde. Tatsächlich blieb aber die Verfettung aus, einfach weil es keine Fettdepots gab. Was heisst das: „Fettärmstes Tier"? Auch darüber geben die Rosenfeldschen Experimente Aufschluss. Rosenfeld konnte nachweisen, dass bei Tieren, deren Muskelfettgehalt 7—10% betrug, bei Phloridzinvergiftung die Leber- und Herzverfettung ausblieb, die bei einem höheren Muskelfettgehalt mit unfehlbarer Sicherheit auftrat. Zum Schluss geht der Vortragende noch kurz auf den Widerspruch zwischen mikroskopisch anscheinend sehr starker Fettvermehrung und tatsächlich vorhandener, chemisch nachgewiesener Fettverminderung ein. Die Betrachtung der sogenannten Autolyse löst den Widerspruch. Auch bei dieser scheint eine Fettbildung vorhanden zu sein, während es sich tatsächlich um eine Eiweissveränderung, um eine Zersetzung von Lecithinen und Protargonen etc. handelt. Rosenfeld resümiert seine Ausführungen kurz folgendermassen. Bei wirklich vorhandener Organverfettung handelt es sich um Einwanderung von Depot-Fett; bei scheinbaren Verfettungen handelt es sich um Eiweisszersetzungen, analog den autolytischen Vorgängen.

Dr. Thiemich führt einige Beobachtungen an, die die Theorie der Fettwanderung stützen sollen. In Fällen von Pilzvergiftungen, in denen die vergifteten Kinder nur mit Milch ernährt worden waren, ergab die chemische Untersuchung des Leberfettes post mortem, dass dasselbe kein Milchfett war, sondern mit dem Depotfett übereinstimmte. Bei Gastroenteritis der Kinder ist Auftreten einer Fettleber sehr häufig, in Fällen extremster Atrophie aber fehle die Fettleber, anscheinend weil kein Depotfett vorhanden sei.

Dr. Senz (Berlin) hat bei sechs Patienten den Versuch gemacht, durch Verabreichung von Boraten ohne Änderung der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme und der Lebensweise eine Abnahme des Körpergewichts zu erreichen. Die Borate wurden zuerst als Natrium biboracicum in Wasser gelöst, später, als Boraxdarreichung häufige Magenbeschwerden verursachte, als Acid. boricum in ½—1%iger wässeriger Lösung zu 2—3 mal täglich ½ g gereicht. Die Gesamttagesmenge überstieg mit Ausnahme eines Falles nie 2 g. Die Erfolge waren schwankend, in zwei Fällen jedoch recht befriedigende. Als Fazit der Beobachtungen kann gelten, dass die Borsäure bei manchen Personen auch in kleinen Dosen recht unangenehme Erscheinungen auslösen, in geeigneten Fällen aber als brauchbares und bequemes Entfettungsmittel gebraucht werden kann. Worauf diese individuell verschiedene Verträglichkeit beruht, lässt sich nicht sagen. Man wird in der Praxis erst vorsichtig mit kleinen Dosen die Kur beginnen müssen, um dann allmählich zu den wirksamen von 1½—2 g pro die vorzugehen.

Dr. Rosenfeld und Dr. Thiemich über den Prozess der Verfettung in der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur (Med. Woche Nr. 43). — Über Erfahrungen bei Entfettungskuren mit Borsäure von Dr. Senz (Ther. d. Gegenw. 4. H.).

Fissura ani. Boas hat bekanntlich folgende Methode zur Behandlung der Fissuren vorgeschlagen: Er schränkt die Diät der Patienten auf Suppen und Tee ein, gibt denselben dreimal täglich je zehn Tropfen Opiumtinktur und hält somit den Stuhl acht Tage lang an, während welcher Zeit die Fissuren durch Aufstreuungen von Jodoform, Orthoform, Xeroform etc. zur Heilung gebracht werden können. Wenn bei dieser Behandlung die Fissuren nicht heilen, so

Digitized by Google

wiederholt Boas die Behandlung zum zweiten, bisweilen auch zum dritten Male. Boas hat in dieser Weise 18 Kranke behandelt und in 16 Fällen Heilung erzielt. Dr. Luntz (St. Petersburg) hat die geschilderte Methode gleichfalls in einem Falle angewendet und sich von der Wirksamkeit derselben durchaus überzeugt. Bei zwei anderen Patienten, bei denen die Boassche Diät nicht durchzuführen war, erreichte Luntz durch Fleinersche Ölklysmen Heilung.

Dr. Katzenstein (Berlin) schlägt folgende Behandlung der Fissura ani vor:

Rp. Extr. Belladonn. 0,5
Cocain. muriat. 0,05
Ammon. sulfo-ichthyol. ad 6,0.
MDS. Vor dem Gebrauch erwärmen und umschütteln.

Die Applikation des Mittels ist folgende: Es wird ein kleines Stückchen Watte zu einem stricknadeldicken Faden aufgewickelt und in die etwas angewärmte Mischung eingetaucht. Der in Seitenlage befindliche Patient hebt die obere Hinterbacke etwas an und durch Betastung der den Anus umgebenden Haut, die schmerzhaft ist, wo sie der Fissura gegenüber liegt, stellt man fest, wo die Fissura gelegen ist. Hat man z. B. gefunden, dass sie sich an der vorderen Kommissur befindet, dann legt man den imprägnierten Wattefaden an die entgegengesetzte Seite, also an die hintere Kommissur und schiebt nun vorsichtig der hinteren Mastdarmwand entlang mit einer feinen Knopfsonde den Wattefaden in den Mastdarm hinein. So vermeidet man jede Berührung der Fissur und macht die ganze Prozedur zu einer schmerzlosen. Das geschmeidige halbflüssige Ichthyol dringt in alle Schleimhautbuchten vor und gelangt so zu der Fissur. Die Folge der ersten Einführung ist schon ein Gefühl wesentlicher Besserung, das der Patient äussert. Die Watte bleibt mindestens fünf Minuten liegen und wird eventuell vom Patienten durch das ausserhalb liegende Ende entfernt oder bleibt bis zur nächsten Stuhlentleerung liegen, die meist schmerzlos verläuft. 8—14 Tage täglich ein- bis zweimalige Applikation des Belladonna-Kokain-Ichthyol führt zur vollkommenen Hebung der Beschwerden. Regulierung des Stuhls, Verabreichung von Sitzbädern beugen dem Neuauftreten dieses hartnäckigen, schmerzhaften Leidens vor.

Dr. Luntz über Behandlung der Fissura ani in der St. Petersburger medizinischen Gesellschaft (Deutsche Praxis Nr. 13). — Die Behandlung der Fissura ani von Dr. Katzenstein (Ther. d. Gegenwart 12. H.).

Frakturen. Prof. Bardenheuer (Köln) empfiehlt die Behandlung der Gelenkfrakturen mittelst Extension und Gymnastik. Die Extension kürzt die Heilungsdauer der Frakturbehandlung sehr ab, auf die Hälfte, selbst ein Drittel der sonstigen Heilungsdauer, z. B. für das Schultergelenk auf 14, selbst 8 Tage, für das Handgelenk auf 8 Tage, womit schon eine geringere Versteifung des Gelenkes verbunden ist; sie wirkt überdies entzündungswidrig. Sie wirkt aber ganz besonders dadurch, dass sie während der eigentlichen Frakturbehandlung schon ohne Störung der Frakturheilung die Aufnahme der gymnastischen Behandlung gestattet, am Handgelenk vom 4., am Ellbogengelenk vom 8., am Schultergelenk vom 1. resp. 8., am Hüftgelenk vom 8. resp. 14., am Kniegelenk vom 8. resp. 14., am Fussgelenk vom 4. Tage ab. Es werden mit Unterbrechung der Extensionskraft von dem bestimmten Tage ab leichte sanfte Bewegungen ausgeführt, indessen anfänglich in solch kleinem Winkel, dass keine Schmerzen entstehen. Der Eintritt des Schmerzes deutet die Grenze für die Grösse des Winkels an, innerhalb welchem die Bewegungen sich ausführen müssen. Die Bewegungen werden täglich zweimal während einer Stunde seitens des Assistenzarztes anfänglich ausgeführt, nachher überwacht. Durch die frühzeitigen Bewegungen wird der Gelenkflächenkontakt gewechselt, die Verödung des Gelenkinnern verhindert, die elastische Dehnbarkeit der Gewebe, der Synovialis etc. erhalten. Von Tag zu Tag werden ausgiebigere Bewegungen ausgeführt, so dass die Muskeln, Kaspel, Synovialis etc. immer mehr gedehnt werden. Eine Distorsionssynovitis kann daher nach der Frakturheilung durch die Aufnahme der Bewegungen nicht entstehen, da der Ein-

Digitized by Google

tritt der elastischen und entzündlichen Retraktion der Gewebe nicht eintreten kann. Durch die frühzeitige Aufnahme der Bewegungen und aktive Gymnastik der Muskeln wird der Saftstrom im Lymph- und Blutgefässsystem angeregt und unterhalten, es wird wirksam der Entwickelung der Muskelatrophie als stetige und alleinige Folge der Inaktivität entgegengearbeitet. Infolge dieser Behandlung fällt für die meisten Gelenkfrakturen die Nachbehandlungsperiode fast vollständig aus oder wird zum mindesten auf einen sehr kurzen Zeitraum reduziert.

Dr. Graessner hält die Knochennaht bei den Gelenkbrüchen der Schulter, des Ellbogen- nnd Handgelenks für nicht geboten und glaubt, dass auch bei den (nach Körte event. die Knochennaht benötigenden) suprakondylären Oberarmbrüchen mit Dislokation des unteren Bruchstückes hinter das obere durch die Extension nach Bardenheuer mittelst Extensionsschiene oder bei stärkerer Dislokation durch Gewichtsextension die besten Resultate sich erreichen lassen (wie er an fünf in den letzten Jahren behandelten Extensionsfrakturen des unteren Humerusendes sich überzeugte). Bei einem Fall nur führte die Gewichtsextension in der üblichen Weise (d. h. der gestreckten und supinierten Lage des Vorderarms mit Querextension über die Spitze des durch die Bruchstücke gebildeten Winkels nach hinten und vom Olekranon nach vorn) nicht zu der gewünschten genauen Adaption, wie er sich nach acht Tagen an einem Röntgenogramm überzeugte, und erreichte er hier durch folgende Modifikation der Extension das gewünschte Resultat: bei spitzwinkelig gebeugtem Vorderarm des bettlägerigen Patienten wird nach Reposition der Fragmente in Narkose 1. ein Pflasterzug auf Beuge- und Streckseite des Vorderarms bis über die Fingerspitzen vorgeführt, 2. am Oberarm an Innen- und Aussenseite bis über das Schultergelenk reichend und unter dem Ellbogen mittelst eines Brettchens auseinandergehalten, eine Heftpflasteransa zur Längsextension benützt (4 kg), während 3. am unteren Humerusende dicht über der Ellenbeuge ein Querzug (2 kg) nach aussen angelegt wird und ein Zug um die Brust (4 kg) die Verschiebung des Körpers nach der Seite des kranken Armes hin verhütet. Würde es sich noch um eine intrakondyläre Fraktur handeln, so liesse sich statt des Querbrettchens in die Humeruslängsextension eine Hosenträgerschnalle einschalten, um gleichzeitig noch einen Druck auf die Kondylen auszuüben, wie dies Bardenheuer bei Knöchelfrakturen tut. Mit dem 12. Tag wird mit vorsichtigen Gelenkbewegungen begonnen. Die Nachbehandlung besteht nur in Massage und Stabübungen, der Nachteil der Bettruhe bei dieser Extension wird durch die guten Resultate aufgewogen.

Prof. Jordan (Heidelberg) tritt für die Massagebehandlung frischer Knochenbrüche ein. Für die Behandlung mit Massage und Mobilisierung eignen sich nach Jordan alle Frakturen der oberen Extremität, und zwar empfiehlt sich die regelmässige Anwendung der Massage mit jedesmaliger Fixierung bei den Gelenkfrakturen und bei den Schaftfrakturen ohne wesentliche Dislokation. Bei den Schaftfrakturen mit starker Dislokation und grosser Neigung zur Wiederkehr derselben ist die Kombination mit dauernder Fixierung bis zu ausreichender Verlötung zweckmässig. Bei den Verletzungen der unteren Extremität ist die Massagebehandlung auf die Gelenkfrakturen zu beschränken und in Kombination mit Gehverbänden anzuwenden, bei den Schaftfrakturen kann sie nur als vorbereitendes Verfahren empfohlen werden.

Auch Dr. Drehmann empfiehlt auf Grund reicher in der orthopädischen Abteilung der v. Mikuliczschen Klinik gesammelten Erfahrungen die frühzeitige Massage und mobilisierende Behandlung der genau reponierten und in abnehmbaren Gipsverbänden fixierten Gelenkfrakturen. Nach den Ausführungen des Verfassers sind die Resultate der mobilisierenden Behandlung der Gelenkfrakturen weitaus günstiger als jene der operativen Behandlung (Knochennaht, Entfernung abgesprengter Knochenteile).

Dr. Thienger berichtet über die seit mehreren Jahren stets genähten Patellarbrüche im Nürnberger Kranken-

Digitized by Google

hauses, bei welchen jede Berührung mit den Fingern peinlichst vermieden wird, die Koagula mit physiologischer Kochsalzlösung ausgewaschen werden und das Gelenk durch eingelegte Kochsalzkompressen vor zufälligen Verletzungen durch Abgleiten des Bohrers geschützt wird. Die Fixation der Fragmente wird mit Silberdraht mittelst elektrischen Bohrers so vorgenommen, dass derselbe die Knorpelknochengrenze nicht oder gerade noch erreicht und der Gelenkraum intakt bleibt; seitliche Risse im Streckapparat werden durch Seidenknopfnähte vereinigt. Bei Frakturen, in denen die querfrakturierten Fragmente noch in zwei oder mehr Bruchstücke zersprengt sind, wird die Adaptierung der Längsfraktur in der Weise erzielt, dass nach Adaptierung der Querfraktur durch Silberdrähte, die zu beiden Seiten der Längsfraktur angelegt werden, diese durch einen starken Seidenfaden umschlungen werden. Die Hautwunde wird ohne Drain vollständig genäht. Auf die Nachbehandlung in Suspension (mit dorsaler Gipshanfschiene, zeitweiser Massage etc.) wird grosses Gewicht gelegt, nach vier Wochen dürfen die Patienten mit Fixationsverband aufstehen. In den beschriebenen 6 Fällen (5 Patienten) war der Heilungsverlauf reaktionslos, die funktionellen Resultate der röntgenographisch kontrollierten Fälle durchaus günstige.

Nach Dr. Mikulicz-Radeckis Erfahrungen gibt sowohl die operative, wie die nicht operative Behandlung bei Patellarfrakturen gute Resultate, wenn nach folgenden Indikationen vorgegangen wird: Bei indirekten Frakturen (Zugfrakturen) die Naht; denn die Fragmente sind weit voneinander entfernt und die parapatellaren Ligamente gerissen; bei direkten Frakturen der Verband. Die Operation soll längstens eine Woche nach frischer Verletzung vorgenommen werden. Je später dies der Fall ist, desto mehr Komplikationen (Adhäsionen, Atrophien) können in Betracht kommen. Grössten Wert legt Autor auf die mediko-mechanische Behandlung. Zuerst Immobilisation und leichte Kompression, dann Klopfmassage des Quadriceps, ohne das Gelenk zu bewegen, vom zweiten bis vierten Tage. Am Ende der ersten Woche bei eingenähter Fraktur darf der Patient vorsichtig herumgehen. Wenn operativ vorgegangen werden muss, so geht Autor ohne Blutleere mit Querschnitt vor. Durch die Patella kommen Bronzedrahtnähte, die Ligamente werden sorgfältig genäht. Die Operation selbst wird aseptisch gemacht. Nach Heilung der Hautwunde wird die Behandlung so weitergeführt, als ob eine subkutane indirekte Fraktur vorläge. Von 45 Fällen wurden 16 ohne Operation behandelt, davon war in neun Fällen ein gutes Resultat erzielt worden, in den übrigen ein mässiges, in zweien dieser Fälle konnte radiologisch keine Bruchlinie nachgewiesen werden. Naht wurde 30 mal an 19 Fällen gemacht. In 17 Fällen von primärer Patellarnaht war nur in einem das Resultat schlecht, in acht Fällen von Spätnaht ebenso nur in einem Falle.

Dr. Bärlocher (St. Gallen) bespricht 28 Fälle von Kniescheibenbruch, die mit einer modifizierten Form der offenen Patellarnaht (parostale Naht der Kniescheibe, Kapselnaht, trockene Behandlung des eröffneten Gelenkes, wenn möglich vollkommener Schluss der Wunde, in der Nachbehandlung frühzeitige aktive Bewegungen) behandelt wurden. Alle Kranken wurden wieder arbeitsfähig.

Dr. Schanz (Dresden) empfiehlt folgende Operation als Normalverfahren in Fällen von Kniescheibenbruch, wo durch einfache Naht der Patella ein sicheres Resultat nicht erzielt werden kann. Schnitt von dem Ansatzpunkt des Sartorius an der Patella vorbei bis zur Mitte des Oberschenkels. Von diesem Schnitt aus legt Schanz den Sartorius frei und hebt ihn aus seinem Bett, ohne seinen Ansatz abzutrennen. Sodann präpariert er auch nach aussen die Haut ab bis jenseits der Bruchstücke der Patella. Von den Bruchstücken der Patella werden etwa die vorderen $^2/_3$ abgemeisselt, wobei eine flache Längsrinne gebildet wird. In diese Rinne wird nun der Sartorius gelagert und während das obere Bruchstück möglichst nach abwärts gezogen wird, durch Drahtnähte der Muskel am Knochen fixiert. Nun wird die Haut wieder zurückgeschlagen, die Wunde vernäht und ein Gipsverband in Streckstellung angelegt. Es kann mit dieser Operation auch die grösste Diastase

Digitized by Google

überbrückt werden. Es wird dem Quadriceps, welcher stets atrophische Veränderungen erlitten hat, eine neue Kraftmenge zugeführt, durch deren Transplantation keinerlei Anfallserscheinungen auftreten. Man braucht bei dieser Operation das Gelenk nicht zu eröffnen, sobald es zur Ausbildung eines dünnen fibrösen Kallus gekommen ist.

Dr. Völcker hat auf der Klinik Czernys sechs Fälle von Frakturen langer Röhrenknochen mit primärer Knochennaht (Umschlingung mit Silber- oder Aluminiumbronze-Draht) behandelt und kommt auf Grund der daselbst gemachten Beobachtungen zu der Überzeugung, dass die primäre Knochennaht ihre hauptsächliche Bedeutung für die komplizierten Frakturen hat, wo man ohnehin zu operativen Eingriffen genötigt ist, oder wo man sich leichter zu solchem entschliesst und wo das Anlegen exakt fixierender Verbände meist nicht tunlich ist; durch die sichere Fixation der Bruchenden, die man zur Reinigung der Wunde hinzufügt, wird der Eingriff nicht wesentlich vergrössert, dafür aber die Nachbehandlung ausserordentlich erleichtert und das definitive Resultat sehr verbessert. Das Ziel in der Behandlung der subkutanen Frakturen liegt im allgemeinen nicht auf dem Wege der Operation, sondern in der Verbesserung und sorgfältigen Ausübung der Verbandmethoden. Die primäre Naht nicht komplizierter Knochenbrüche hat unter dem Schutze der Asepsis und dem Stande der Technik ihre volle Berechtigung, sie soll aber nur unter bestimmten Indikationen zur Ausführung kommen. Zugelassen ist sie allgemein bei Frakturen der Patella, des Olekranons und des Kiefers und kommt in Frage bei Diaphysenfrakturen (an den Extremitäten), wenn sie durch die sonst gebräuchlichen Methoden nicht in guter Stellung erhalten werden können, besonders bei jugendlichen Individuen.

Dr. Murray (Liverpool) gibt eine Übersicht über die Endresultate bei 88 Fällen von Bruch der Tibia und Fibula. Bei Querfrakturen vergehen meist drei Monate, bei Schrägfrakturen dagegen sieben Monate bis zur völligen Arbeitsfähigkeit. Bei Brüchen im unteren Drittel empfiehlt sich meist ein operativer Eingriff zur Reposition und Fixierung der Fragmente. In sieben von 31 Fällen wurde keine völlige Arbeitsfähigkeit erzielt.

Dr. Sender führt aus, dass bei Frakturen der unteren Extremitäten sehr häufig Verwachsung unter Dislokation der Bruchstücke eintritt, und zwar sekundär infolge gewisser anatomisch-physiologischer Verhältnisse. Um solchen Dislokationen bei Frakturen der unteren Extremitäten vorzubeugen, muss man infolgedessen nach der Reposition der Bruchstücke die Extremiät in eine ungezwungene Lage bringen, d. h. bei gestrecktem Knie den Winkel der normalen Abweichung des Fusses bestehen lassen und letzteren unter geradem Winkel zum Unterschenkel bringen. Die gegenwärtig gebräuchlichen Schienen mit unbeweglichem senkrechten Fussteil eignen sich für diese Zwecke nicht. Den Fussteil muss man modifizieren, d. h. denselben beweglich machen, um im stande zu sein, ihn unter einen Winkel zu stellen, der dem normalen Abweichungswinkel des Fusses entspricht. Die auf diese Weise modifizierten fertigen Schienen kann man noch in den ersten Tagen nach der Fraktur anwenden, dann aber muss man in jedem einzelnen Falle einen Schienen- oder zirkulären Verband herstellen, in dem die Extremität in ungezwungener Lage verbleibt.

Dr. Reisinger teilt aus dem Nürnberger allgemeinen Krankenhause zwei Operationen bei Radialislähmung nach Oberarmfraktur mit, die trotz schwerer Komplikationen zu einem vorzüglichen Erfolge führten. Unter allen Umständen hat die Operation in solchen Fällen dafür zu sorgen, dass der Nerv vollständig freigelegt wird, wenn nötig, unter Resektion des Callus bezw. Abtragung des Narbengewebes, sowie dass die Isolierung des Nerven derart geschieht, dass ein Rezidiv ausgeschlossen ist. In den beiden Fällen Reisingers hat sich die Einbettung des Nerven in zu diesem Zwecke gebildete Muskelfurchen des M. triceps, bezw. brachialis internus vorzüglich bewährt. Der Eintritt der Heilung wurde in den beiden Fällen nach ca. 3—4 Monaten festgestellt; die defi-

Digitized by Google

nitive Heilung nach durchschnittlich einem Jahre.

Auch Dr. Blancke operierte einen Fall von Lähmung des Nervus radialis nach Oberarmfraktur. Bei der Operation zeigte sich, dass der Nerv durch Narbengewebe über einen Knochenvorsprung gedrückt wurde. Die Verwachsungen wurden gelöst, die Knochenvorsprünge abgemeisselt und die Wunde vernäht. Schon am anderen Tage konnte Patient die Finger strecken. Unter Anwendung von Elektrizität, Massage und Gymnastik waren nach 40 Tagen alle Bewegungen in normalen Grenzen ausführbar.

Prof. Bardenheuer über die Behandlung der Gelenkfrakturen mittelst Extension und Gymnastik im allgemeinen ärztlichen Verein zu Köln (Münch. med. Wochenschr. Nr. 50). — Die Behandlung der Fractura supracondylica humeri mittelst der Bardenheuerschen Extension, von Dr. Graessner (Zentralbl. f. Chir. Nr. 44). — Die Massagebehandlung frischer Knochenbrüche von Prof. Jordan (Zeitschr. f. diät. und phys. Ther 7. Bd. 5. H.). — Über frühzeitige Massagebehandlung einiger Gelenkfrakturen von Dr. Drehmann (Hoffas Zeitschr. f. orthop. Chir. 11. Bd. 1. H. — Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 7. Bd. 3. H.). — Zur operativen Behandlung frischer subkutaner Patellarfrakturen von Dr. Thienger (Beitr. z. klin. Chir. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 9). — Über die Therapie bei Patellarfrakturen von Dr. Mikulicz-Radecki (Brit. med. Journ. — Med. Blätter Nr. 6). — Zur Behandlung des Knochenbruches von Dr. Bärlocher (Korresp.-Bl f. Schw. Ärzte Nr. 4). — Eine neue Operation zur Behandlung veralteter Kniescheibenbrüche von Dr Schanz (Münch. med. Wochenschr Nr. 30). — Behandlung der Frakturen mit primärer Knochennaht von Dr. Völcker (Beitr. z. klin. Chir 34. Bd. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 1. H.). — Dr. Murray über die Endresultate bei 88 Fällen von Bruch der Tibia und Fibula in der British Medical Association zu Swansea (Münch. med. Wochenschr. Nr. 41). — Dr. Sender über die Behandlung von Frakturen der unteren Extremitäten in der Russischen chirurgischen Gesellschaft Pirogows (Med. Woche Nr. 25). — Kasuistischer Beitrag zur Nervenlösung bei Radialislähmung nach Oberarmfraktur von Dr. Reisinger (Beitr. z klin. Chir. 36. Bd. 3 H.). — Schm. Jahrb. 278. Bd. 5. H.). — Über Lähmungen des Nervus radialis nach Oberarmfraktur und über die Behandlung derselben durch Operation von Dr. Blencke (Monatsschr. f. Unfallheilk. Nr. 1).

Fremdkörper. Dr. Schnitzler (Wien) macht auf das Krankheitsbild aufmerksam, das entsteht, wenn Fremdkörper in das Gelenk oder in dessen nächste Nähe eindringen, und das unter dem Bilde eines rezidivierenden Gelenkshydrops oder sogar eines Gelenksfungus verläuft. Verfasser hatte Gelegenheit, zwei hierher gehörige Fälle zu beobachten. Im ersten Falle handelte es sich um einen zehnjährigen Knaben, der 2½ Jahre vorher auf das linke Knie gefallen war und seit dieser Zeit an Gelenkeschwellung litt. Mehrere zu Rate gezogene Ärzte stellten die Diagnose auf Fungus und immobilisierten das Gelenk. Im fixen Verband hat Patient stets gut gehen können und die Schwellung ging zurück. In der Meinung, dass es sich um einen in der Nähe des Gelenkes befindlichen osteomyelitischen Herd handelt, liess Verfasser eine Röntgenphotographie anfertigen, welche den überraschenden Befund einer 2 cm langen Nadel im Knorpelüberzuge des äusseren Femurkondyls ergab. Nach Eröffnung des Gelenkes und Extraktion des Fremdkörpers trat definitive Heilung ein. Im zweiten Falle fand Verfasser bei einem kräftigen 21jährigen Studenten eine pastöse Schwellung des Metatarso-phalangeal-Gelenkes der grossen Zehe mit zwei Fisteln, die von blauvioletten unterminierten Rändern umgeben waren und dünnen serösen Eiter sezernierten, also das Bild einer Gelenkstuberkulose. Die Anamnese ergab, dass Patient 13 Monate früher sich einen Holzspan in die grosse Zehe hineingetrieben hat, derselbe wurde extrahiert und nach 14 Tagen konnte Patient gehen und blieb ein Jahr lang gesund. Ohne jede äussere Veranlassung brach die alte Narbe später wieder auf und sezernierte serösen Eiter. Verfasser spaltete die Fisteln und exkochliierte aus dem Gelenke schwammige Granulationen und zwei aufgefaserte Holzspäne, worauf dann in kürzester Zeit Heilung eintrat. Wenn also der reizende Fremdkörper aus dem Gelenk entfernt wird, tritt bald Restitutio ad integrum ein; man sollte daher in solchen Fällen von grösseren Eingriffen, z. B. einer Resektion oder Arthrotomie absehen.

Prof. Schmidt-Rimpler hat binnen 1¾ Jahren in 38 Fällen Eisen im Auge innern beobachtet. Regelmässig wurde der Haabsche Riesenmagnet angewandt, der Hirschbergsche gelegentlich zur Extraktion des in die vordere Augen-

Digitized by Google

kammer geführten Eisensplitters. Nur 3 mal versagte der Riesenmagnet: also 92% positive Erfolge. Der Sitz des Eisens war 10 mal im vorderen Teil des Auges, 28 mal im hinteren. Sichtbar war der Fremdkörper nur 7 mal. Von den 35 Patienten, bei denen die Extraktion gelang, behielt die Hälfte (17) ein brauchbares Sehvermögen, darunter 14 über 1/3 S. Bei den übrig gebliebenen 18 Verletzten musste nachträglich 8 mal die Entfernung des Augapfels vorgenommen werden. Von grosser Wichtigkeit ist, dass der Riesenmagnet möglichst kräftig ist (Unterschiede sind durch die Stromstärke bedingt) und eventuell lange Zeit (15 bis 30 Minuten) auch wiederholt angelegt wird.

Die Verfahren, die uns heute zur Entfernung von Fremdkörpern aus dem unteren Ösophagusabschnitte vom Magen her zu Gebote stehen, sind nach Prof. Hacker folgende: 1. Das Verfahren des Fingereinbindens nach Wilms, eine wesentliche Verbesserung des früher sehr unsicheren Einstülpungsverfahrens. 2. Das Verfahren der Instrumenteneinführung durch eine kleine Öffnung des vorgezogenen Magens. 3. Das Verfahren der Handeinführung in den vorgezogenen, geöffneten Magen. 4. Das Verfahren der Handeinführung in den provisorisch herausgenähten und eröffneten Magen.

Zur Symptomatologie der Gelenkfremdkörper von Dr. Schnitzler (Med. Presse Nr. 23. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 9. H.). — Prof. Schmidt-Rimpler über Magnetoperationen am Auge im Verein der Ärzte in Halle (Münch. med. Wochenschr. Nr. 13). — Zur Frage des zweckmässigsten Verfahrens, um Fremdkörper aus dem unteren Teile der Speiseröhre vom Magen aus zu entfernen von Prof. Hacker (Beitr. z. klin. Chir. — Schm Jahrb. 277. Bd. 1. H.).

Furunkulose. In hartnäckigen Fällen chronischer Furunkulose, meist mit Überschuss von Harnsäure einhergehend, sah Dr. Guensburg gute Erfolge vom vegetarischen Regime. Wirksam sei hierbei die verminderte Zufuhr von Albuminsubstanzen (da Pflanzenalbumin ärmer an Nuklein als Fleischalbumin). Nuklein sei somit als der hauptsächlich Harnsäure bildende Stoff zu betrachten und Fleischnahrung prädisponiere daher zu Gicht und verwandten, mit harnsaurer Diathese zusammenhängenden Krankheiten.

Über Abortivbehandlung der Furunkulose mittelst überhitzter, trockener Luft berichtet Dr. Reich (Budapest). Zur Applikation der Heissluft bedient er sich des nach seinen Angaben konstruierten Apparates Thermo-Aërophor, der, da er teuer ist, für die tägliche Praxis durch den Kalorisator von Vorstädter ersetzt werden kann. Reich nimmt an, dass die Heissluft (100—120° C.) die Virulenz des in Frage kommenden Staphylococcus pyogenes aureus herabmindert, dass durch die erzeugte aktive Hyperämie Zirkulationsverhältnisse geschaffen werden, die für eine raschere Aufsaugung starrer Infiltrate geeignet sind, und dass schliesslich durch die Sterilisierung ausgedehnter Hautgebiete in der Umgebung der Furunkel eine Reinfektion erschwert wird. Die Nutzanwendung seines Verfahrens hat er in vier Fällen von Furunkulose gezogen und günstige Resultate erzielt.

Vegetarische Diät gegen chronische Furunkulose von Dr. Guensburg (Dermat. Zeitschr. 1. H.). — Abortivbehandlung der Furunkulose mittelst überhitzter trockener Luft von Dr. Reich (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 6. Bd. 12. H.).

G.

Gallenleiden. Dr. Hartmann (Kassel) hat die Gallenflüssigkeit bei 46 Fällen von Gallensteinoperation sorgfältig bakteriologisch untersucht: 36 mal fanden sich Bakterien, 10 mal war die Galle steril. Die gefundenen Bakterien waren: 23 mal Bacterium coli, 2 mal Streptokokken, 3 mal Staphylokokken, 1 mal Staphylococcus albus, 6 mal verschiedene Bakterienarten gemeinsam. Danach muss also eine bakterielle Infektion für die Entzündung der Gallen-

Digitized by Google

blase verantwortlich gemacht werden. Die Ursache für die Entzündung ist nur in der Stagnation der Galle zu suchen, welche in hervorragendem Masse Bedingungen zur weiteren Entfaltung und Verbreitung von Mikroorganismen schafft. Die Mikroorganismen können entweder durch die Gallenwege vom Darm her eindringen oder bei Adhäsionen durch Diapedese oder auf dem Blutwege. In letzterer Beziehung besteht nach Verfasser ein Zusammenhang zwischen äusseren Verletzungen, Wund- und Infektionskrankheiten und der dann später einsetzenden Cholecystitis. Zumal der Typhus soll zu solchen Entzündungen disponieren. Für die Entstehung des zur Steinbildung führenden lithogenen Katarrhs, der ja zweifellos auf einer Bakterieninvasion beruht, kommt zweifellos die Art der körperlichen Beschäftigung sehr in Betracht. Je arbeitsamer und je tätiger ein Mensch ist, desto leichter und in desto jüngeren Jahren wird das Gallensteinleiden bei ihm aktuell. Nicht die sitzende Lebensweise und das Wohlleben schafft die Disposition zur Konkrementbildung, sondern die Anspannung der Muskulatur, vieleicht auch die Tätigkeit des Geistes. Die starke Muskeltätigkeit bedingt stärkeren Blutzufluss zu den Muskeln, den Unterleibsdrüsen wird weniger Blut zugeführt, es nimmt somit auch die Gallenabsonderung und der Druck im Gallensystem ab, die Bakterien können leichter in die Gallenwege eindringen. Anhaltende Ruhe und Abspannung der Muskulatur bedingt stets Kongestion zu dem Intestinalapparate und zur Leber und mithin eine energische Sekretion und lebhafte Durchspülung des gesamten Gallenapparates. Auch andere Momente, die eine Schwankung in der Gallensekretion bedingen, wie Menstruation und Schwangerschaft, können ein ursächliches Moment für die Gallensteinbildung abgeben. Die plötzliche Druckschwankung in der Gallenmenge ist es, die ein Eindringen der Lebewesen begünstigt.

Über die Indikationen zur chirurgischen Behandlung der Cholelithiasis und Cholecystitis sprach Dr. Körte im Verein für innere Medizin in Berlin. Auf Grund von ca. 300 Fällen ist Körte zu folgender Ansicht gelangt. Wenn noch keine Verwachsungen der Gallenblase mit der Umgebung da sind, so ist die Operation einfach und ihre Prognose günstig; bei Verwachsungen kann sie hingegen zu den schwierigsten Eingriffen gehören. Der Schluss, deshalb jeden Stein womöglich noch im ersten Stadium zu operieren, ist aber trotzdem nicht gerechtfertigt, denn sehr viele Steine treten niemals in dieses zweite Stadium ein, sondern bleiben jahrelang latent und machen oft bis ans Lebensende keine weiteren Beschwerden mehr. Auch gehören zum Kolikanfall gar nicht notwendigerweise Gallensteine, sondern die Entzündung der Gallenblase allein kann, wie Naunyn schon hervorgehoben, den Kolikanfall bedingen. So macht auch der durch Gallensteinverschluss bedingte Hydrops erst dann Beschwerden, wenn er infiziert wird. Das Gleiche gilt für Steine, welche zuweilen lange ohne Beschwerden getragen werden, bis die Infektion der Gallenwege hinzukommt und Beschwerden auslöst. Aus all diesem geht hervor, dass man nicht der Diagnose wegen operieren solle, sondern wegen der Art und des Grades der dadurch erregten Entzündung. Es kommt noch ein zweiter Punkt hinzu: die Frage, ob denn die Operation dauerndes Freisein von Beschwerden garantiert. Hierauf sei die Antwort nicht einfach. Es können Nachbeschwerden auftreten in Form echter Rezidive, Neubildung von Steinen, wie sie früher, wenn auch nicht häufig, beobachtet sind, ferner dadurch, dass einzelne Steine bei der Operation zurückgeblieben sind, was auch dem geübtesten Operateur passieren kann; endlich können Beschwerden durch die Verwachsungen auftreten. Körte handelt daher so: Bei regulärem Anfall, der chronisch ist, ohne stärkere Entzündung und mit leichtem Ikterus einhergeht, ist er zurückhaltend mit der Operation. Ist der Fall aber rebellisch oder erfordert die soziale Lage des Erkrankten eine baldige Arbeitsfähigkeit, so entschliesst er sich etwas leichter. In jenen Fällen endlich, wo trotz ausreichender interner Behandlung ein dauerndes Siechtum und Lebensgefahr eintritt, ist ebenfalls zu operieren, denn

Digitized by Google

hier sind die eventuellen Nachbeschwerden von geringer Bedeutung gegen die schon vorhandenen. Bleibt zwischen den Anfällen ein harter Tumor zurück, so ist eine Entzündung der Gallenblase anzunehmen und die Gefahr der Ruptur oder Eiterinfektion gegeben. Abwesenheit von Fieber spricht nicht gegen Eiter, wie dies ja auch von der Perityphlitis her bekannt ist. Man operiere lieber nach dem Anfall, ausser in den Fällen, wo die Gefahr einer Perforation zu befürchten ist. Handelt es sich um Steine im Choledochus (Ikterus), so ist unbedingt zu operieren wegen der Gefahr der Cholämie und des Leberabszesses; er wartet in solchen Fällen, wenn keine dringende Indikation gegeben, bis sechs Wochen nach dem Anfall; wenn dann der Ikterus nicht abgenommen hat, operiert er. Bei Kombination des Gallensteins mit Karzinom der Gallenblase sind gleich wie bei Tumor im Pankreaskopf die Chancen der Operation ungünstiger. Um ein Urteil darüber zu gewinnen, ob die tieferen Gallenwege ebenfalls erkrankt bezw. steinhaltig sind, nimmt Körte jetzt in allen Fällen, wo die Gallenblase stärker erkrankt ist, diese mit weg, da man erst dann den nötigen Überblick gewinnen kann.

Nach Prof. Rosenheims (Berlin) Ansicht kann in Fällen von chronischem Choledochusverschluss, eiternder Cholangitis, Leberabszess, Hydrops und Empyem der Gallenblase kein Zweifel über die Notwendigkeit der Operation sein. Als strittig zu erwähnen wäre noch der Fall einer akuten eitrigen Cholecystitis. Man tut gut, in solchen Fällen nicht zu lange zu warten. Naunyn wartet hier freilich noch ab. Man soll aber rechtzeitig durch die Operation helfen. Besonders sind am häufigsten und strittigsten die Fälle von chronischer, mehr hartnäckiger Art. Hier sagt man, wenn ein Kranker wiederholt Karlsbader Kuren durchgemacht hat, wenn das Leiden nicht besser, sondern eher schlimmer geworden ist, soll man an die Operation denken. Diese Indikationsstellung findet sich in allen modernen Lehrbüchern. Die Frage ist, ob dieser Standpunkt wirklich berechtigt ist. Er ist nicht richtig, weil er auf wesentlicher Überschätzung der Wirkung der Karlsbader Kur beruht. Ein Verfahren ist hier ausser acht gelassen worden; das ist die systematische, konsequent durchgeführte Ruhekur. Sie ist bisher wenig von den Autoren gewürdigt worden. Die Hartnäckigkeit und Intensität der Störung ist nicht abhängig von dem Prozess in der Gallenblase, so weit er ohne Komplikationen verläuft, sondern von der Ausdehnung des pericystitischen Prozesses und den Komplikationen des Magendarmkanals. Bei diesen Fällen nützen in schwereren Graden die Kuren in Karlsbad nicht. Für diese Kranken ist zweifellos, wenn eine Karlsbader Kur ohne Effekt gewesen ist, die konsequente Ruhekur mit der Konsequenz, die bei Ulcus ventriculi notwendig ist, zu empfehlen, bevor man sich zur Operation entschliesst. Dazu genügen nicht 5—8 Tage. Denn nach 8—10 Tagen hat der Kranke schon wieder Beschwerden. Nötig ist, die Bettruhe auf 3—4 Wochen auszudehnen. Als Ergänzung der Kur dient die Diät. Die Darmkomplikationen beherrschen oft völlig das Bild. Hier ist genaue Klarstellung erforderlich, welcher Art die Störung des Darmkanals ist. Alle möglichen Störungen, vom einfachsten Katarrh bis zu rein nervösen Zuständen und Hyperästhesie kommen vor; aber das Häufigste und Wichtigste ist die starke motorische Insuffizienz des Magens; dazu kommen die extremsten Formen, die von dem pericystitischen Prozess abhängen. Diese Fälle kontraindizieren eine Karlsbader Kur, die motorische Insuffizienz des Magens ebenso wie diffuse Reizerscheinungen; diese Fälle gehören ins Bett. Klagt jemand über Beschwerden, die nach der Karlsbader Kur nicht besser werden, so liegen entweder Gründe für die Operation vor oder es handelt sich um Momente des Magendarmkanals oder peritonitische Prozesse. Die Resultate der Liegekur sind wechselnd. Rosenheim hat verschiedene Fälle gesehen, bei denen die Beschwerden hartnäckig waren und die die Ruhekur beschwerdefrei gemacht.

Prof. Fürbringer (Berlin) bekennt offen, dass seine Kranken im allgemeinen um so besser gefahren sind, je mehr er sich den Indikationen Körtes genähert hat. Von den sekundären Eiterungen abgesehen, kann man folgendes festhalten

Digitized by Google

Es soll operiert werden, wenn bei mehrfachen sogenannten erfolglosen Anfällen — ohne Abgang von Steinen oder Ikterus — und nachdem die Karlsbader Kur vergeblich versucht worden ist, die Einbusse von Arbeitskraft und Lebensgenuss an der Grenze der Erträglichkeit steht. Die Zahl derer wächst, an denen Karlsbad und die Ölkur, auf welche gegenwärtig mit Geringschätzung geblickt wird, geradezu hervorragende Resultate geliefert haben, nachdem die Operation so gut wie vereinbart war und zwar, auch wenn es sich um vorübergehende erfolglose Anfälle gehandelt hatte. Fürbringer betont die Kur in Karlsbald, um nicht das Wort zu reden dem Trinken von Karlsbader Quellen daheim. Es handelt sich um Karlsbad mit all seinen Eigentümlichkeiten. Was die Ölkur anlangt, hatte Fürbringer schon früher von vier positiven Fällen unter zwölf berichtet. Jetzt verfügt Fürbringer über reichlich ein halbes Hundert; davon hat ein Dutzend derart reagiert, dass ein massenhafter Abgang von Steinen erfolgte und die Leute jahrelang von Beschwerden frei blieben. Die Kur ist zwar unsicher; trotzdem ist nicht zu raten, sie unversucht zu lassen. Die Diät ist hochwichtig; sie allein schafft aber keine Steine fort. Körte hat uns, wie es scheint, nicht eindringlich genug über die Gefahr der Operation belehrt. Er war es schuldig, einen Satz derer zu nennen, die unmittelbar nach der Operation starben. Der Jammer der Angehörigen, die Vorwürfe, dass die inneren Ärzte die Kranken zum Operateur geschickt haben, die Überzeugung, dass ohne die Dazwischenkunft des Messers der Kranke noch leben würde, sind wohl dazu angetan. unser Gewissen zu schärfen. Wenn Körte meint, dass kein Kranker, so lange er lebe, sicher geheilt ist, so möchte Fürbringer sagen: Jede Gallenkolik kann die letzte sein. Die Rückfälle anlangend, so war es befriedigend zu hören, dass Körte sie zweifellos beobachtet hat. Fürbringer hat verschiedene beobachtet. Besonders wichtig sind jene, in denen Karlsbad und andere Kuren den Abgang von ungezählten Steinen bewirkt haben, die Kranken jahrelang frei blieben, bis das alte Lied und Leid einsetzte und die Kur oder die Operation eine neue grosse Zahl entfernte. Die Verwachsung der Gallenblase mit Kolon, Netz, Duodenum etc., die Pericystitis chronica kann durch die Operation entstehen. Hier findet sich Fürbringer auf einem anderen Standpunkt als Körte. In einer Reihe von Fällen sah er so hartnäckige Beschwerden nach der Operation, dass das Leben der Träger geradezu vergällt wurde. Freilich muss man immer an den Begriff der Neurasthenie und Hysterie denken. Die Verwachsungen weisen der Neuralgie nur den Ort an. Aber Fürbringer kann sagen, dass diese Beschwerden in den allerwenigsten Fällen wegdisputiert werden können.

Dr. Boas (Berlin) fügt zu den Indikationen für die Operation noch eine hinzu, welche von den Chirurgen wenig beachtet wird. Es sind Fälle mit Stenosenbildung, welche durch Perforation von Gallensteinen ins Duodenum und periduodenale Gewebe entstehen und die Erscheinungen der Duodenal- und Pylorusstenose hervorrufen. Boas hat zwei solche Fälle gesehen. Sie sind der Diagnose wohl zugänglich. In Fällen, in denen die Anamnese mit Sicherheit auf Cholelithiasis hinweist, ist man in der Lage, einen Verschluss des Pylorus und seiner Umgebung durch einen durchgebrochenen Stein zu diagnostizieren und die Operation zu veranlassen. Als Operationsmethode wird natürlich im wesentlichen die Gastroenterostomie in Betracht kommen. In einem solchen Fall ist glatte Heilung erfolgt. In dem anderen Falle war es leider ein Misserfolg, weil der Chirurg den Stein im periduodenalen Gewebe aufsuchte; dabei riss das Duodenum ein, die Naht wurde versucht, hielt nicht und die Patientin ging an Perforationsperitonitis nach einigen Tagen zu grunde. Die Chirurgen haben uns Dinge kennen gelehrt, welche uns jetzt sehr zu statten gekommen sind, z. B. dass Ikterus und Abgang von Gallensteinen nicht notwendig sind zur Diagnose der Cholelithiasis. Therapeutisch ist manches von Interesse. Die Bestrebungen, innere Mittel zu geben, welche den Gallenabfluss anregen sollen, sind völlig aussichtslos. In Zukunft bleibt wichtig die Bekämpfung der entzündlichen

Digitized by Google

und der Stauungserscheinungen. Auch ist man davon abgekommen, Mittel zu geben, welche die Gallensekretion beeinflussen. Auch die Karlsbader Kur scheint nicht die Sekretion zu heben, sondern die katarrhalischen Magen- und Darmerscheinungen günstig zu beeinflussen. Die Erfolge der Karlsbader Kur sind noch nicht aufgeklärt. Ein Punkt ist von Wichtigkeit, das Prinzip der Ruhe. Die frühere Methode der vielen Bewegung in Karlsbad haben die meisten aufgegeben, namentlich da, wo entzündliche Erscheinungen vorliegen. Boas hat immer gemeint, dass die Kuren in Karlsbad schematisch sind, dadurch, dass sie sich auf 4—5 Wochen beschränken. Boas empfiehlt, die Kuren wochen- und monatelang wegen des Momentes der Entzündungserscheinungen durchzuführen. So lange der Kranke die Kur durchführt, beobachtet er eine bestimmte Diät und so lange sind die Hoffnungen auf Beseitigung der Entzündung günstiger als zuvor. Noch ein Punkt ist beachtenswert, das sind die systematischen Atmungsübungen, von Möbius eingeführt, namentlich bei solchen, die operiert worden sind und Adhäsionen haben. Boas hat den Eindruck erhalten, dass sie günstigen Einfluss auf schmerzhafte Sensationen haben.

Prof. Kehr (Halberstadt) weist darauf hin, dass beim akuten Choledochusverschlusse das abwartende Verhalten, die innere Behandlung das einzig Richtige sei, Ausnahmen sind nur gegeben bei Hinzutreten von Schüttelfrösten und Kräfteverfall oder bei häufig sich wiederholenden, nach allen Richtungen störenden Anfällen von akutem Verschlusse. Beim chronischen Steinverschlusse warnt Kehr vor Überschätzung der Karlsbader Kur, die den Patienten zu spät veranlasst, operative Hilfe zu suchen. Bei der Auswahl des richtigen Zeitpunktes für die Operation verlangt der Gesamtzustand des Patienten genaue Berücksichtigung. Bei ausgebreiteter Cholangitis und komplizierenden Erkrankungen der Nieren und der Lunge ist die Operation schon wegen der Gefahr der Narkose kontraindiziert. Die prinzipielle Ausführung der Hepaticusdrainage hat die Mortalität Kehrs bei diesen Choledochotomien auf 3% herabgedrückt. Die Indikation für die Operation bei Choledochusverschluss durch Tumor, der wohl stets ein chronischer ist, stellt Kehr weiter wie früher, da die Entscheidung, ob eine bösartige oder gutartige Geschwulstbildung des Pankreaskopfes vorliegt, oft unmöglich ist. Der Nutzen der Operation ist bei der chronischen Pankreatitis ein ausserordentlicher. Bei kleinen Karzinomen im mittleren Teile des Choledochus ist eine Radikaloperation möglich.

Dr. Fink (Karlsbad) berichtet über 10jährige, an 403 Kranken gemachte Erfahrungen, die alle in Karlsbad gesammelt sind. Die mitgeteilte Statistik zeigt, dass von den weitaus meisten der Kranken der eingeforderte Bericht ergab, dass durch die Kur völliges Wohlbefinden und Arbeitsfähigkeit erreicht wurde. Dies trifft auf über 72% der Kranken zu, von denen $^2/_3$ Ikterus gehabt hatten. 38 Kranke wurden operiert und zwar bestand die Indikation für die Operation in langdauernden heftigen Koliken und deren schlechten Rückwirkungen auf den Gesamtorganismus. Bei etwa 5% aller Kranken traten nach der Kur noch weitere Anfälle auf von milderem Charakter wie vorher, bei der nämlichen Zahl erfolgten die Anfälle in der früheren Heftigkeit. Die fraglos mächtige Wirkung der Kur sucht Verfasser einmal in der Zweckmässigkeit der Nahrung, Änderung der Lebensweise, wie sie in Karlsbad eintritt, dann in der Hauptsache in den Thermalwässern. Im nähern besteht dieselbe in der Einleitung besserer Zirkulation, Beseitigung von Katarrhen des Darmkanals, in vermehrter Sekretion der Galle, Umspülung der grösseren Konkremente, überhaupt in der Herstellung von Ruhe im Gallensystem. Nach diesen sehr guten Erfahrungen kann Fink die von Riedel und Kehr aufgestellten Indikationen zu operativen Eingriffen nicht in den von diesen Autoren gezogenen weiten Grenzen anerkennen. Nach den z. B. von Riedel aufgestellten Indikationen müssten in Karlsbad jährlich 14 000 Kranke operiert werden! Die Verabreichung von Karlsbadersalz oder eines anderen Abführmittels kann einer Kur in Karlsbad absolut nicht gleichgestellt werden.

Digitized by Google

Prof. Robson operiert stets dann bei Gallensteinen, wenn ihre Gegenwart sich unangenehm bemerkbar macht. Schwächere Kranke erhalten schon am Tage vor der Operation subkutane Strychnineinspritzungen, desgleichen während der Operation. Ikterischen gibt er, um die Gefahr der Blutung zu verringern, vor der Operation mehrfach 2 g Calciumchlorid per os, und die doppelte Quantität nach der Operation per rectum. Unter den Rücken kommt ein Sandsack, dieser drängt die Wirbelsäule und mit ihr die Gallenwege so nach vorne, dass die Operation an ihnen sehr erleichtert wird, gleichzeitig fallen bei dieser Lage die Gedärme nach unten und lassen das Operationsfeld frei. Einschnitte in die Gallengänge näht er stets wieder zu (im Gegensatz zu Kehr), nur bei geschrumpfter Gallenblase und bei chronischer Verhärtung des Pankreaskopfes wendet er die Hepaticusdrainage an. Alle Adhäsionen werden doppelt unterbunden und dann erst durchschnitten, ebenso werden alle blutenden Punkte stets unterbunden. Die sogenannte ideale Cholecystotomie verwirft er vollständig, da er grosses Gewicht auf längere Drainage der Gallenblase legt; ebenso verwirft er die zweizeitige Operation. Bei kleiner Blase entfernt er dieselbe nach Ligatur des Ductus cysticus. Cholecystenterostomie, die er früher häufig ausgeführt hat, macht er jetzt nie mehr, da grössere Übung ihm jetzt immer gestatten, das Hindernis zu beseitigen und den Gallenabfluss per vias naturales wieder herzustellen: nur bei Krebsen des Pankreaskopfes oder absoluter Striktur des Choledochus käme sie noch in Frage. Interessant sind die Krankengeschichten von zwei Fällen von Krebs der Gallenblase und angrenzenden Leberteile, in einem Falle sogar auch des Pylorus, in denen ausgedehnte Operation Heilungen herbeiführte, die seit 4 resp. 3 Jahren bestehen Wie bei allen Bauchoperationen vermeidet Verfasser Morphium durchaus in der Nachbehandlung; unruhigen Kranken giebt er statt dessen Aspirin. Bei Frbrechen oder Meteorismus wird frühzeitig der Magen gespült. Während der ersten 24 Stunden wird nur per rectum ernährt. Grosses Vertrauen setzt er in Strychnininjektionen.

Dr. Richardson stellt folgende Indikationen der Cholecystektomie auf: a) Gewisse Erkrankungen, so besonders Geschwulst und Gangrän, erfordern naturgemäss die Exstirpation der Gallenblase. b) Gewisse andere Erkrankungen, so z. B. die geschrumpfte und entzündete Gallenblase, lassen besonders bei verdickter Wandung die Exstirpation als das rationellere Verfahren erscheinen. Dasselbe gilt von der Gallenblase, bei welcher eine leichte und effektvolle Drainage nicht ausführbar ist, da bei derartigen Fällen das Risiko der Drainage grösser ist als das der Exstirpation. c) Bei erweiterter und infizierter, sowie bei verdickter und gallensteinhaltiger Gallenblase ist die Drainage vorzuziehen, denn nach sorgfältiger Drainierung werden derartig affizierte Gallenblasen wieder völlig normal und können demgemäss ihre zuständige Funktion wieder aufnehmen. Die Gallengänge werden dann ebenfalls genügend drainiert, nachdem die zeitweilige Schwellung, welche sich um den Ductus cysticus etabliert hatte, geschwunden ist. d) Bei akuter Cholecystitis mit schweren konstitutionellen Symptomen kommt es mehr auf Drainage als auf Exstirpation an. e) Bei chronischer Cholecystitis, verbunden mit Erweiterung und Verdickung der Gallenblase, schreite man zur Exstirpation, besonders aber, wo es sich zugleich um die Einklemmung eines Steines im Ductus cysticus handelt, es sei denn, dass man denselben nach rückwärts in die Gallenblase manipulieren kann. Im letzteren Fall ist die Drainage jedenfalls zum mindesten der Exstirpation gleichwertig. f) Bei einfacher Cholelithiasis ohne sichtbare Zeichen von Infektion oder chronischen Gewebsveränderungen ist die einfache Drainage völlig ausreichend. g) Bei chronischer Pankreatitis, mit oder ohne Cholelithiasis, soll man durch die Gallenblase drainieren. Cholecystektomie wäre in einem solchen Falle unberechtigt, zumal später eine Wiedereröffnung der Gallenwege indiziert sein könnte.

Prof. Czerny (Heidelberg) teilt zwei Fälle mit, in denen bei Gallensteinen durch die Einklemmung von Steinen im Ductus cysticus eine Nekrose der Gallenblase eingetreten war, die in

Digitized by Google

dem einen Fall bis zur vollständigen Abstossung der Schleimhaut geführt hatte, während in dem zweiten bloss ein Teil der Gallenblasenwand morsch und nekrotisch wurde. In beiden Fällen verliefen die Gallensteinanfälle larviert, unter dem Bilde einer Darmokklusion, beide Male wurde die Gallenblase zunächst partiell reseziert; der erste Fall verlief tödlich, in dem anderen Falle wurde mehrere Jahre später der stehengebliebene Gallenblasenrest reseziert und wurden die inzwischen gebildeten Adhäsionen gelöst. Verfasser ist der Ansicht, dass es auch bei partieller Nekrose der Gallenblase besser wäre, sofort die Totalexstirpation der Gallenblase zu machen. Für die unkomplizierten Fälle empfiehlt Verfasser die einzeitige Cholecystostomie als typische Operation. Er führt den Eingriff in folgender Weise aus. Durch einen 10 bis 15 cm langen Hautschnitt wird der rechte Rectus abdominis nahe dem inneren Drittel an der Inskription etwas eingeschnitten, dann stumpf gespalten. Nach Eröffnung des Bauchfells wird die Gallenblase aus ihren Verwachsungen gelöst, dann von ihrem flüssigen Inhalt durch Aspiration befreit und inzidiert, nachdem die Umgebung mit steriler Gaze sorgfältig ausgepolstert worden ist. In ein vorgehaltenes steriles Schälchen werden die Steine durch Ausstreifen mit dem Finger oder mit Löffel und Zange entleert. Die in der Ampulle und dem Cysticus festsitzenden Steine werden ebenfalls in die Gallenblase gepresst oder, wenn das nicht gelingt, durch einen kleinen Längsschnitt entfernt. Der Cysticusschnitt wird zugenäht, wenn der Choledochus frei ist, wird aber bis in den Choledochus verlängert, wenn in diesem Steine vorhanden sind. Eine genaue Abtastung des Choledochus, Hepaticus und Duodenum auf Konkremente ist notwendig. Wenn auch nur Verdacht auf solche besteht, muss der Choledochus durch einen 2—3 cm langen Längsschnitt eröffnet, abgesucht, entleert und zum Schluss mit einem durch Catgutnähte wasserdicht schliessenden Gummirohr drainiert werden. Wenn kein Verdacht auf Steine im Choledochus besteht, wird die Gallenblase, falls ihre Beschaffenheit ihre Erhaltung rechtfertigt, durch eine ein- oder zweireihige Catgutnaht bis auf ein wasserdicht eingenähtes Drainrohr geschlossen und mit Kochsalzlösung ausgewaschen. Die Fäden der dem Gummirohr zunächst liegenden zwei Nähte werden zur Suspendierung der Gallenblase in das Peritoneum parietale benutzt. Wenn Eiter in der Gallenblase oder ihrer Umgebung vorhanden war, wenn bei der Lösung der Adhäsionen eine Darmverletzung vorkam, muss ausgiebig tamponiert werden. Sonst wird die Bauchwunde meist mit durchgreifenden Nähten ohne Tamponade geschlossen, um Adhäsionen möglichst zu vermeiden. Die Heilung der Gallenblasenfistel erfolgt bei dieser Methode meist in etwa drei Wochen.

Prof. Kehr (Halberstadt) berichtet über einen Fall, der ihm mit der Diagnose Karzinomverschluss des Ductus choledochus überwiesen war. Es handelte sich dabei um einen 53jährigen Herrn, bei dem etwa 3 Monate lang andauernder Ikterus, grosse, pralle, leicht druckempfindliche Gallenblase, vergrösserte Leber und beträchtlicher Gewichtsverlust zu konstatieren war. Kehr operierte und fand ausser einem haselnussgrossen Stein im Ductus cysticus einen runden, sehr harten kleinen Tumor, der an der Einmündungsstelle des Ductus cysticus ringförmig im Ductus choledochus sass und dessen Lumen völlig verlegte. Kehr resezierte das erkrankte Stück des Ductus choledochus mitsamt der Gallenblase und implantierte den auf diese Weise verkürzten Ductus hepaticus direkt in das Duodenum. Die Operation dauerte 1½ Stunden ohne Störung, und der Patient wurde nach ca. 5 Wochen als geheilt entlassen.

Über einen Fall von Gallenblasenruptur in die freie Bauchhöhle berichtet Dr. v. Arx. Therapeutisch kommt in solchen Fällen nur die Laparotomie in Betracht, da der Tod bei Gallenaustritt in die Bauchhöhle ohne operativen Eingriff sicher, und zwar durch Resorption der Gallensäuren, also durch Vergiftung eintritt. Zur Toilette der gallig unbibierten Bauchhöhle wird nach v. Arx mit Vorteil heisse Kochsalzlösung von ca. 55 Zentigrad angewandt, einer Temperatur,

Digitized by Google

die das Peritoneum vorübergehend ohne Schaden erträgt.

Einen Fall echter Gallensteinrezidive einige Monate nach der Operation publiziert Dr. Klemperer (Karlsbad). Es handelte sich um eine Cholecystektomie, bei welcher der Choledochus sondiert und leer gefunden wurde. Trotzdem ging nach einigen Monaten eine überaus grosse Menge von Steinen ab.

Aufgabe der Behandlung der Cholelithiasis ist nach Dr. Glaser (Muri), die Abscheidung reichlicher, dünner Galle zu erregen, die möglichst viele gallensaure Salze zur Lösung der gebildeten Steine enthält, und das bewirkt das Chologen, eine Verbindung von Quecksilber mit abführenden und gallentreibenden Mitteln (Podophyllin) und krampfstillenden Stoffen (Melisse, Kampfer, Kümmel). In dem Laboratorium von Rosenberg, Berlin, werden drei verschiedene Sorten von Chologentabletten hergestellt. Nr. 1 dient in der Hauptsache zur Stuhlregulierung und soll auch die hartnäckigste Verstopfung beseitigen. Nr. 2 soll angewandt werden, wenn der Eintritt einer Kolik zu befürchten ist, Nr. 3 bei schnell eintretenden Koliken. Geschickte Verbindung aller drei Sorten ist sehr wesentlich; daneben soll alles geschehen, was in Betreff der Lebensweise als gut gegen Gallensteine bewährt ist. Bei heftigen Schmerzen im Anfalle legt Glaser eine Kompresse mit Ol. papav. und Chloroform ää auf. Morphium hält er für durchaus entbehrlich.

Prof. Courvoisier (Basel) wendet sich gegen Glasers Mitteilung über die Heilung der Cholelithiasis durch Chologen. Die guten Erfolge bezieht Courvoisier nicht auf das Chologen, sondern auf die Pflege und die übrige gute Behandlung, die Glaser seinen Kranken angedeihen lässt. Das Bedenklichste in der Chologenbehandlung liegt für Courvoisier darin, dass die richtige Zeit versäumt wird, die für eine Operation geeigneten Gallensteinkranken dem Chirurgen zuzuführen. Courvoisier ist gegen übertriebenes Operieren, meint aber, dass in gewissen Fällen nur der rechtzeitig zugezogene Chirurg helfen kann. Es sind das Fälle von Hydrops und Empyem der Gallenblase, von Steinen im Ductus cysticus und ganz besonders Fälle von chronischem Verschluss des Ductus choledochus.

Bakteriologische Studien an der Hand von 46 Gallensteinoperationen nebst einem Beitrag über ätiologische Fragen des lithogenen Katarrhs der Gallenblase von Dr. Hartmann (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 68. Bd. 3. u. 4. H. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 22). — Dr. Körte, Prof. Rosenheim, Prof. Fürbringer und Dr. Boas über die Indikationen zur chirurgischen Behandlung der Cholelithiasis und Cholecystitis im Verein für innere Medizin zu Berlin (Münch. med. Wochenschr. Nr. 3 und Alig. med. Zentral-Ztg. Nr. 5). — Die chirurgische Behandlung des akuten und chronischen Choledochusverschluss durch Stein und Tumor von Prof. Kehr (Münch. med. Wochenschr. Nr. 22). — Zu Riedels und Kehrs Ansichten über die Pathologie und Therapie des Gallensteinleidens von Dr. Fink (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 27. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 28). — Änderungen und Verbesserungen in der Technik der Operationen an den Gallenwegen von Prof. Robson (Brit. med. Journ. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 12). — Indikationen der Gallenblasenexstirpation von Dr. Richardson (Med. News. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 35). — Über Nekrose der Gallenblase von Prof. Czerny (Münch. med. Wochenschr. Nr. 22. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 29). — Krebs des Ductus choledochus von Prof. Kehr (Münch. med. Wochenschr. Nr 3). — Über Gallenblasenruptur in die freie Bauchhöhle von Dr. v. Arx (Korresp.-Bl. f. Schw. Ärzte Nr. 19. — Schm. Jahrb. 280. Bd. 10. H.). — Ein Fall „echter" Gallensteinrezidive einige Monate nach der Operation von Dr. Klemperer (Prag. med. Wochenschr. Nr. 28). — Die Heilung der Cholelithiasis durch Chologen von Dr. Glaser (Korresp.-Bl. f. Schw. Ärzte. - Schm. Jahrb. 277. Bd. 3. H.). — Die Behandlung der Cholelithiasis von Prof. Courvoisier (Korresp.-Bl. f. Schw. Ärzte Nr. 9. — Schm. Jahrb. 278. Bd. 6. H.).

Gangrän. Dr. v. Wartburg hat an der Krönleinschen Klinik versucht, 52 Fälle von Spontangangrän der Glieder auf pathologisch-anatomischer Grundlage zu gruppieren. 1. Embolische Gangrän. Der verstopfende Embolus stammte entweder aus dem Herzen oder aus dem arteriellen Gefässsysteme. Um die Natur der Gangrän zu erkennen, ist namentlich ein positiver Herzbefund von Bedeutung. Die Prognose ist fast immer letal. 2. Angiosklerotische Gangrän. Die hierher gehörenden Fälle entstehen durch Thrombose von Arterien. Besonders entzündliche Veränderungen an der Intima spielen hier eine Rolle. Die Spontan-

Digitized by Google

gangrän bei Infektionskrankheiten scheint am häufigsten im Anschlusse an typhöse Fieber vorzukommen. Der Beginn mit heftigen Schmerzen, Kälte und Blässe eines bestimmten Teiles eines Gliedes, das in kurzer Zeit vor der Peripherie bei dem Brande anheimfällt, Ausbildung einer scharfen Demarkation, das sind die Symptome, die auch dem embolischen Brande zukommen, ebenso wie auch der Umstand, dass die Gangrän in der Folge keine Neigung zeigt, sich weiter auszudehnen. Diagnostisch wichtig für eine thrombotische Gangrän ist das Fehlen von Herzsymptomen sowie das Vorhandensein heftiger Schmerzen, die dem Beginne des Brandes einige Tage vorhergehen. Die Prognose ist ernst, jedoch besser als bei der embolischen Gangrän; namentlich Kinder geben eine günstigere Prognose. Erst bei deutlicher Demarkation darf operiert werden. Bei der Gangrän durch Endarteriitis obliterans handelt es sich um eine Krankheit, die sich hauptsächlich, vielleicht sogar ausschliesslich an der Intima der Gefässe abspielt und hier zu einer Verdickung führt. Die Beteiligung der übrigen Gefässhäute ist von untergeordneter Bedeutung und meist die Folge der Organisation der Thromben. Über das Wesen der Krankheit sind die Akten nicht abgeschlossen. Die Gangraena senilis ist die Folge einer ausgedehnten Gefässerkrankung, die man gewöhnlich als Arteriosklerose oder besser Arteriitis deformans bezeichnet. Es ist eine destruierende Entzündung, die sich dadurch auszeichnet, dass ihre Produkte eine starke regressive Metamorphose erleiden. Das Leiden findet sich auch bei jüngeren Leuten, die das 30. Jahr noch nicht überschritten haben. Die Prognose ist schlecht. Hat die Gangrän schon den ganzen Fuss ergriffen, so ist eine Amputation im Oberschenkel angezeigt; sind nur die Zehen gangränös und ist der Puls in den Gefässen des Unterschenkels und Fusses noch vorhanden, so kann man sich zunächst auf eine Exartikulation der Zehen beschränken. Die Fälle von Gangraena diabetica werden vielleicht am richtigsten als Fälle seniler Gangrän mit Zuckerausscheidung aufgeführt, denn beiden Gangränformen liegt die nämliche Gefässerkrankung zu grunde. Die Prognose ist etwas besser als beim Greisenbrande. Therapeutisch ist zunächst der Diabetes durch strenge Diät zu behandeln und, wenn möglich, die Demarkation abzuwarten. Eine konservativere Behandlung ist hier erfolgreicher, als bei der senilen Gangrän.

Über Spontangangrän der Extremitäten von Dr. Wartburg (Beitr. z. klin. Chir. — Schm. Jahrb. 277. Bd. 2. H.).

Geburtshilfe. Als obersten Grundsatz für die Behandlung des in Gang befindlichen Abortes stellt Prof. Sellheim (Freiburg i. Br.) ruhiges Abwarten hin. Ein Abweichen von dieser Regel billigt Sellheim nur bei stärkerer Anämie, bei Retentionen von Eiresten und bei Infektionen. Das rationelle Mittel, um die Blutung beim Abort zu stillen, ist die vollständige Entfernung des Eies. Liegt das Ei schon losgelöst in der Vagina oder in der erweiterten Cervix, dann erfolgt die Entfernung mit dem Finger oder der Kornzange im Speculum. Bei Durchgängigkeit der Cervix für ein oder zwei Finger: Ausschälung mit diesen unter Gegendruck von aussen. Bei nicht bequem durchgängigem Muttermund: feste Tamponade des Uteruskörpers, Cervikalkanales und Scheidengewölbes mit sterilisierter Jodoformgaze. Mit Ausnahme von Teilen der Decidua vera dürfen keine Eiteile zurückgelassen werden. Nur bei Blutung oder Fieber muss auch die Decidua vera entfernt werden. Das Prinzip der Behandlung des unvollständigen Abortes besteht in der Entfernung der zurückgebliebenen Eimassen. Bei geschlossenem Muttermund muss nach Sellheim eine Retention von bedeutenderen Abschnitten des Eies durch die kombinierte Untersuchung, unter Umständen in Narkose, herausgebracht werden. Ein Herausholen mit der Kornzange ohne Leitung des Fingers ist viel zu gefährlich, als dass es für die allgemeine Praxis empfohlen werden könnte; ist die Cervix noch nicht genügend erweitert für das Einführen des Fingers, so muss dieses zuerst durch Tamponade erzielt werden. Bei dicken Wan-

Digitized by Google

dungen des zusammengezogenen Uterus ist das Curettement weniger gefährlich. Bei septischem Abort empfiehlt Sellheim die rasche Ausräumung des Uterus mit dem Finger, eventuell nach Erweiterung der Uterushöhle mit Jodoformgazetamponade oder Hegarschen Stiften. Zur Desinfektion wendet Sellheim dann die permanente Drainage mit Chlorwasser an. Zu intrauterinen Ausspülungen sind in der Hegarschen Klinik überhaupt nur verdünntes Chlorwasser (1 : 2—6) wegen seiner guten desinfizierenden und blutstillenden Eigenschaften bei vollkommener Ungiftigkeit angewandt.

Die Behandlung des Abortus erfordert nach Dr. Walther (Ettenheim) vor allem peinlichste Anti- und Asepsis. Zur Reinigung von Händen und Armen bedient sich Autor der Ahlfeldschen Heisswasser-Alkoholdesinfektion. Bei mässigem Blutverluste und wenig oder gar nicht eröffnetem Muttermunde verordnet er Bettruhe und Opium, um womöglich den Abortus imminens zum Stillstande zu bringen. Bei heftiger Blutung und für einen Finger durchgängigem Muttermunde tamponiert er die Scheide mit einer der Dührssenschen Büchse entnommenen Jodoformgaze und legt zuletzt eine kleine Wattelage ein. Beim Tamponieren drückt er die hintere Scheidenwand mit den gespreizten Fingern der linken Hand möglichst kräftig nach abwärts dem Damme zu. Bei der Entfernung des Tampons findet sich meist das ganze Ei gelöst oder bei erweitertem Muttermunde leicht manuell lösbar. Bei inkomplettem Abort ist nach Walther die schonende Anwendung der scharfen Curette zu empfehlen, eventuell nach Erweiterung mit Hegarschen Stiften. In frischen Fällen, in denen der Fötus ausgetreten und die Anhänge zurückgeblieben sind, versucht er die digitale Ausräumung des Uterus oder er tamponiert Uterushöhle und oberen Scheidenteil mit Jodoformgaze, wenn die digitale Ausräumung schwierig ist. Meist sind dann nach 24 Stunden Jodoformgaze nebst Eihäuten in die Scheide ausgestossen. Bei Abort in der 16. bis 28. Woche empfiehlt Walther, wenn der Fötus ausgetreten ist, die digitale Entfernung der Placenta in Narkose. Gelingt die Entfernung nicht, so stopft er die Uterushöhle mit Jodoformgaze aus; durch den Tampon werden starke Wehen erregt und die Placenta wird samt dem Tampon ausgestossen. Wie nach jeder operativ beendeten Geburt, so lässt Walther auch nach Abort alle 12 Stunden ein Suppositorium (Extr. Secal. cornut. sphacelin. Kolert 0,25) im ganzen fünf Stück einlegen. Gegen die akute Anämie schreitet er bei Versagen der gebräuchlichen Mittel, wie Tieflagerung des Kopfes, Einwickeln der Glieder, Kochsalzklistiere, zur subkutanen Infusion von 500 g physiologischer Kochsalzlösung.

Prof. Hofmeier nimmt Stellung gegenüber der Ansicht Pinards, dass Perforation und künstliche Frühgeburt gänzlich aus der Reihe der geburtshilflichen Operationen zu verbannen seien, und betont, dass dem Arzte allein in jedem Falle die Entscheidung darüber bleiben müsse, auf welche Art die Mutter entbunden werden solle. Man sei nicht berechtigt allein von ethischen und theoretischen Vorstellungen aus über das Recht des Kindes zum Leben ausschliesslich die Symphyseotomie und Sectio caesarea an die Stelle der Perforation zu setzen; berechtigt ist aber der Wunsch, diese in den Kliniken auf ein möglichstes Minimum herabzudrücken, denn perforiert wird heute immer noch in durchschnittlich 35 % der Kraniotomien. Wo Hofmeier dem Arzte die Pflicht zuerteilt, einer Mutter die Perforation des Kindes trotz Bitte zu verweigern, das sind diejenigen Fälle, wo die Frau unter den günstigen Verhältnissen einer gut eingerichteten Anstalt oder überhaupt unter günstigen hygienischen Verhältnissen sich befindet. In der Frage, ob man zwischen ehelichen und unehelichen Kindern bei Berücksichtigung der Perforation, bezw. Symphyseotomie und Sectio caesarea einen Unterschied machen soll, teilt Hofmeier den Standpunkt Zweifels nicht ganz. Der Geburtshelfer hat als Arzt die Gesamtheit der Situation in Erwägung zu ziehen und nicht nur die Aufgabe zu lösen, unter allen Umständen ein noch atmendes Kind an das Licht zu fördern.

Bezüglich der Anwendung der Zange

Digitized by Google

bei vorderer Gesichts- und Hirnlage hält sich Prof. Stroganoff (St. Petersburg) an folgende Grundsätze: 1. Bei vorderer Gesichtslage (Kinn nach hinten) oder Stirnlage (Stirn nach hinten), wenn der Kopf im Beckeneingange schon fixiert ist oder in der Beckenhöhle steht, ist bei dringender Indikation seitens der Mutter oder des Kindes eine Probeanlegung der Zange angezeigt, um die Drehung des Kinnes oder der Stirn zu befördern. 2. Die Drehung wird schrittweise und langsam bei den Vorwärtsbewegungen des Kopfes ausgeführt und man ahmt den normalen Geburtsmechanismus der genannten Lagen nach. 3. Zur Vermeidung ausgedehnter Verletzungen der Mutter bei dem Zangenzuge ist eine mässige Kraftanwendung indiziert. 4. Bei dem Misslingen der Zange nach 8—12 Traktionen geht man zur Perforation über, selbstverständlich nur, wenn seitens der Mutter Indikationen zur Entbindung vorhanden sind. 5. Bei dem Stande der Gesichtslinie des Fötus im schrägen Beckendurchmesser ist die zweimalige Anlegung der Zange nach Scanzoni vorzuziehen, in den entgegengesetzten Fällen, wenn die Gesichtslinie sich dem queren Durchmesser nähert, die Methode von Lange. 6. Die gerade Zange besitzt bei den genannten Kopflagen einige Vorzüge von denjenigen mit einer Beckenkrümmung, obgleich auch durch letztere die Operation mit vollem Erfolge ausgeführt werden kann. Durch die Anwendung der geraden Zange wird ihre wiederholte Anlegung beseitigt.

Nach Dr. Zangemeister gibt es primäre und sekundäre Hinterscheitelbeineinstellungen. Primäre sind solche, die noch zu Beginn der Austreibung sich zeigen, wenn aber die Wehen zunehmen, sich ändern; sekundäre solche, die nach dem Blasensprung sich einstellen. Die primären sind nicht selten, die sekundären entstehen aus den primären oder aus normalen Kopfstellungen. Der Mechanismus der spontanen Umwandlung der Hinterscheitelbeineinstellungen ist der, dass sich das vordere Scheitelbein senkt und das hintere am Promontorium in die Höhe rollt. Das geschieht bei primärer Hinterscheitelbeineinstellung häufig. Bei sekundären ist es nur zweimal von Veith beobachtet worden. Zangemeister konnte diesen Mechanismus der Änderung der Kopflage noch nach Symphyseotomie erzielen. Man soll also selbst bei Hinterscheitelbeineinstellung, wenn die Wendung nicht mehr möglich ist, noch abwarten, wenn ein nicht zu kleines Segment in das Becken eingetreten ist, wenn die Wehen gut sind und nicht zu schwere Geburten vorausgegangen sind. Unter 2250 Geburten wurden zehn sekundäre Hinterscheitelbeineinstellungen mit sieben lebenden Kindern (zwei spontan, zwei nach Symphyseotomie spontan, eine durch Wendung, zwei durch Kaiserschnitt) und drei perforierten (zwei bei lebendem Kinde) beobachtet.

Prof. Spencer meint, dass der äusseren Wendung bei Steisslagen gegen Ende der Schwangerschaft eine grössere Aufmerksamkeit zuzuwenden sei. Besonders häufig kommt es bei der Extraktion zur Verletzung der Brust und Baucheingeweide und sollen sich besonders an die Lungenverletzungen nicht selten in den ersten Tagen nach der Geburt letale Pneumonien anschliessen. Weiters kommt es häufig zu Blutaustritten in die Leber, Testikel und Muskeln, besonders in den Sternocleidomastoideus. Auch Lähmungen im Plexus brachialis wurden beobachtet. Verfasser hat in sechs Fällen im siebenten, resp. achten Schwangerschaftsmonat die Wendung vom Steiss auf den Kopf vorgenommen, worauf eine spontane Geburt in Kopflage erfolgte, und empfiehlt zu diesem Behufe folgendes Verfahren: Während mit der einen Hand der vorliegende Steiss gehoben und seitlich gedrängt wird, schiebt die andere Hand den kindlichen Kopf nach der Seite, wo der Rücken lag. Die Wendung soll womöglich im siebenten oder achten Monat vorgenommen werden, da dieselbe später schwieriger und während des Geburtsverlaufes oft unmöglich ist. Bei Zwillingsschwangerschaft, Placenta praevia, engem Becken und toter Frucht ist die Wendung kontraindiziert. Besitzt die Gravide einen Hängebauch, dann soll vor der Wendung eine Binde angelegt werden. Selbstverständlich ist die Diagnose sicherzustellen und hat man sich vor Ver-

Digitized by Google

wechslungen mit vorliegendem Anencephalus zu hüten. Verfasser bevorzugt die äussere Untersuchung zur Feststellung der Lage. Die Palpation des Kopfes wird am zweckmässigsten derart ausgeführt, dass man den kindlichen Kopf zwischen Daumen und Fingern einer Hand „schüttelt".

Dr. Steffeck (Berlin) empfiehlt folgende Behandlung der Beckenendlage: Sobald das Kind spontan bis zu den Schultern geboren ist, Umwandlung der Geradlage der Kreissenden in Querlage, Armlösung bei erhobenen Beinen, dann Walchersche Hängelage und, zwischen den Beinen der Kreissenden stehend, Expressio capitis mit beiden Händen durch Druck von aussen direkt auf den Kopf, in der Richtung nach hinten unten. Ist der Kopf völlig in das Becken eingetreten, so erfolgt sofort seine weitere Entwickelung mit dem Veit-Smellieschen Handgriffe. Während der Ausübung des Druckes lässt Steffeck den Kindeskörper einfach herabhängen; der Druck selbst wird in kleinen Zwischenzeiten ausgeübt, um eine mehr allmähliche Anpassung des Kopfes an das Becken zu ermöglichen und um den Operateur nicht zu sehr zu ermüden.

Für die Behandlung bei engem Becken gelangt Dr. Magnus (Königsberg) zu folgenden Schlüssen: Bei Erstgebärenden mit engem Becken geringeren und mittleren Grades ist vor allem der spontane Durchtritt des Kopfes abzuwarten. Tritt im Verlaufe der Geburt eine Anzeige von seiten der Mutter oder des Kindes für die Geburtsbeendigung auf, so ist bei fest im Beckeneingange stehendem Kopfe die Extraktion mit der hohen Zange zu versuchen. Führen ca. 10—12 vorsichtige Traktionen nicht zum Ziele, so ist zu perforieren. Nur wenn die Mutter dringend ein lebendes Kind wünscht, tritt die Symphyseotomie in Anbetracht der guten Erfolge für die Kinder in ihr Recht. Die Sectio caesarea kommt für engere Becken mittleren Grades nicht in Frage, da bis zu einer Conjugata vera von 8 cm noch über $^3/_4$, bis zu einer Conjugata vera von 7 cm noch die Hälfte der Kinder spontan geboren wird. Bei beweglich über dem Beckeneingange stehenden Kopfe ist bei Indikation von seiten des Kindes bei erweitertem Muttermunde und stehender oder vor kurzem gesprungener Blase, die Wendung und Extraktion auszuführen nach misslungenem Versuche, den Kopf nach Hofmeier in Walcherscher Hängelage zu imprimieren. Bei Indikation von seiten der Mutter kann, wenn die letzteren Verfahren im Stiche gelassen haben, nur die Perforation in Frage kommen. Die Wendung kommt nur in Anwendung in Fällen, in denen sie auch beim normalen Becken vorgenommen werden müsste. Die prophylaktische Wendung ist wegen ungünstiger Resultate für Mutter und Kind zu verwerfen. Bei Mehrgebärenden mit engem Becken von 9,75 bis 8 cm Conjugata vera muss vor allem wieder der spontane Durchtritt des Kopfes durch den verengten Beckeneingang abgewartet werden. Erfolgt er nicht, dann wende und extrahiere man bei einer Conjugata vera nicht unter 7,75 cm, und zwar warte man nicht länger als höchstens 10 Stunden nach dem Blasensprunge, da sonst die Wendung immer gefährlicher wird und die kindlichen Aussichten immer ungünstiger werden. Bei fest im Becken stehendem Kopfe ist vor der Perforation des lebenden Kindes ein schonender Versuch mit der hohen Zange zu machen. Bei einer Conjugata vera von 7,9—7 cm ist die Einleitung der künstlichen Frühgeburt in der 35. bis 37. Woche mittelst Metreuryse das beste Verfahren. Ist am Ende der Schwangerschaft der spontane Verlauf ausgeschlossen, dann muss perforiert werden, wenn nicht der dringende Wunsch der Mutter nach einem lebenden Kinde die Symphyseostomie, bezw. die Sectio caesarea indiziert. Für enge Becken geringen und mittleren Grades ist also bei Mehrgebärenden eine aktivere Therapie dem abwartenden Verfahren vorzuziehen.

Über die Behadlung der Geburt bei engem Becken in der Privatpraxis berichtet Dr. Mueller (München). Die ultima ratio bei engem Becken ist die Opferung des Kindes zu gunsten der Mutter durch die Perforation. Diesen traurigen Eingriff muss man möglichst zu vermeiden suchen. Dabei kommen folgende Eingriffe in Betracht: 1. die Einleitung der

Digitized by Google

künstlichen Frühgeburt, 2. die prophylaktische Wendung, 3. die hohe Zange, 4. die Symphyseotomie, 5. der Kaiserschnitt. Die Einleitung der künstlichen Frühgeburt kommt nur in Frage, wenn der Arzt schon während der Schwangerschaft zugezogen wird. Man muss während der letzten Monate der Schwangerschaft durch regelmässig wiederholte Impression ermitteln, ob der Kopf breiter wird als der Beckeneingang; ist dies der Fall, so darf man nur bei auffällig weichen Knochen noch zuwarten, wenn man den günstigen Zeitpunkt für die künstliche Frühgeburt nicht versäumen will. Um diese einzuleiten, lässt Verfasser einige Tage profuse, heisse Spülungen machen, um wenn diese keine Wehen anregen, zur Metreuryse überzugehen. Wenn die ersten Kinder klein und trotzdem die Geburten schwierig waren, so muss man früh und streng Diätkur anwenden. Erfüllt trotzdem der Kopf schon in der 30. bis 33. Woche den Beckeneingang, so soll man zur Sectio caesarea zu überreden suchen. Kommt man aber erst sub partu zu einem engen Becken, so steht man direkt vor der Entscheidung zwischen den obigen vier Operationen und der Perforation, wenn die Naturkräfte das Hindernis voraussichtlich nicht überwinden können. Hat sich noch kein Kontraktionsring gebildet, lässt sich der Kopf in der Wehenpause noch zurückschieben oder steht die Blase noch, so ist die prophylaktische Wendung zu versuchen. Bei der Wendung hängt der Erfolg auch für das Kind viel mehr von der Technik des Operateurs ab, als bei der Zange, der Erfolg der prophylaktischen Wendung wächst mit der Übung im Wenden. Verfasser hat bei 117 solchen Wendungen aus Kopflage in 90 Fällen lebende Kinder erzielt. In 10 Fällen hatte er vorher vergeblich die hohe Zange versucht. Diese Fälle beweisen u. a., dass der nachfolgende Kopf leichter durch das Becken geht als der vorangehende, was sehr zu gunsten der prophylaktischen Wendung spricht. In jedem einzelnen Falle müssen natürlich nach sorgfältiger Untersuchung alle Faktoren erwogen werden, ehe man sich zu der einen oder anderen Operation entschliesst. Ist die prophlaktische Wendung nicht mehr möglich oder kontraindiziert, so kommt die hohe Zange in Betracht. Diese Operation ist zwar nicht ganz ungefährlich, doch hält Verfasser die Furcht vor derselben für übertrieben. Liegen die Löffel dem Kopf gut an, was der Fall ist, wenn man sie wandern lässt, so können sie bei richtiger Zugrichtung stark nach dem Damm zu höchstens diesem Schaden tun. Wenn man wandern lässt, hat die Achsenzugzange keinen Wert; daher benutzt Verfasser nur eine einzige mittelgrosse Zange. Verfasser hat oft, sowohl bei Zangenextraktionen als auch nach der Wendung auf den nachfolgenden Kopf, ganz kolossale Gewalt ausgeübt, ohne je eine Schädigung der Mutter beobachtet zu haben. Selbst die schwersten Fälle von hoher Zange verliefen ohne Schaden für die Mutter. Auf Grund dieser Erfahrungen nimmt Verfasser für den geübten Geburtshelfer das Recht in Anspruch, einen Versuch mit der hohen Zange zu machen, ehe er sich zu einer eingreifenderen Operation entschliesst, die das Kind opfert (Perforation) oder die Mutter noch grösserer Gefahr aussetzt (Symphyseotomie und Sectio caesarea). Ist prophylaktische Wendung oder hohe Zange ausgeschlossen, so bleibt zur Rettung des Kindes, wenn Abwarten nicht mehr erlaubt ist, nur noch Symphyseotomie und relativer Kaiserschnitt. Die Symphyseotomie, welche im letzten Jahrzehnt wieder in Aufnahme gekommen war, wird jetzt von den meisten Autoren völlig verworfen. Einige wollen sie für die Klinik reservieren, nur die Leipziger Klinik empfiehlt sie auch für die Praxis. Verfasser lässt die Symphyseotomien nur unter ganz besonders gelegenen Fällen gelten, wenn das Kind einen ganz besonderen Wert hat, oder die Mutter selbst auf ihre Gefahr hin einen Versuch zur Rettung des Kindes verlangt und durch vorhergehende Eingriffe oder äussere Verhältnisse die Sectio caesarea zu gefährlich ist. Dabei würde er aber den durch Giglis Drahtsäge oder van der Veldens Sonde bequem gemachten lateralen Schnitt durch die Knochen des Schambeins, die Hebotomie oder Pubiotomie an Stelle des eigentlichen Schamfugenschnitts machen, da hierbei einfachere Wundverhältnisse

Digitized by Google

vorliegen. Die Sectio caesarea relativa würde Verfasser in der Privatwohnung ebenfalls nur unter aussergewöhnlichen Umständen machen. In Fällen, welche die Sectio caesarea indizieren, rät er im allgemeinen die Aufnahme in die Klinik. Was nun schliesslich die Methoden zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt anlangt, so kommen jetzt vor allen Dingen zwei Methoden in Betracht, die Metreuryse und das Accouchement forcé mit Metalldilatatoren. Die Metreuryse mit Gewichtszug ist nach Verfasser das Normalverfahren der Zukunft für die Praxis, der von Verfasser angegebene starke, unelastische Ballon das einzige Modell, welches diese Methode sicher und sehr oft aushält. Das Accouchement forcé mit Metalldilatatoren ist durch das Bossische Instrument wieder in Aufnahme gekommen. Verfasser selbst hat mit seinem kleinen Dilatator, welcher auf dem Prinzip des Handschuherweiterers beruht, das Accouchement forcé dreimal in je 12 bis 15 Minuten inklusive Wendung oder Zange ausgeführt. Durch das Accouchement forcé lässt sich in vielen Fällen die Sectio caesarea abdominalis und die Sectio caesarea vaginalis nach Dührssen vermeiden.

Dr. Blau (Wien) bespricht die Indikationen des Dilatatoriums von Bossi, das hauptsächlich bei schleunigst gebotener Entbindung gebraucht wird. Er teilt 12 Fälle mit, welche an der Klinik von Chrobak mittelst des Instrumentes behandelt worden sind. Im ganzen waren die Versuche nicht ungünstig und fordern zu weiteren Nachprüfungen auf; besonders bei Eklampsie mit erhaltenem Cervikalkanal leistete es gute Dienste.

Dr. Zangemeister (Leipzig) bestätigt die auch von anderen Autoren gemachte Erfahrung, dass bei der Dilatation der schwangeren Cervix mehr weniger blutende Einrisse entstehen. Er benutzte das Instrument von Bossi oder Frommer und wandte nur vorsichtigste, langsame Dilatation an. Er sieht eine doppelte Gefahr der Risse, einmal in der Blutung, zum anderen in der septischen Infektion. Zangemeister warnt deswegen vor dem Gebrauch der durch Schraubenkraft getriebenen Dilatatorien und bevorzugt die weit schonendere Erweiterung mit intrauterinen Ballons, eventuell unter starkem Zug.

Prof. Dührssen (Berlin) hält die Bossische Methode für keinen Fortschritt in der operativen Geburtshilfe. Für bessere Methoden der rapiden Entleerung des Uterus hält er bei verstrichener Portio die tiefen Cervixinzisionen, bei erhaltenem Collum die Metreuryse mit dem A. Muellerschen Ballon und konstantem Handzug und bei erhaltenem und nicht durch Metreuryse dehnbarem Collum den vaginalen Kaiserschnitt.

Prof. Knapp (Prag) erwähnt als die gebräuchlichsten Methoden für die Einleitung der künstlichen Frühgeburt: 1. die Blasensprengung (Eihautstich nach Scheel), 2. die Bougierung nach Krause und 3. die Metreuryse. Der Eihautstich, der technisch einfachste Eingriff, ist in bezug auf den Eintritt des erwünschten Erfolges der unsicherste. Es kann Tage lang dauern, ehe entsprechende Wehen eintreten, wobei mit der Zunahme der Verzögerung der Geburt selbstverständlich auch die Infektionsgefahr wächst. Derselbe Nachteil macht sich nur zu häufig auch bei der Bougierung geltend. Als das schonendste und ungefährlichste Verfahren für die allgemeine Praxis ist die Metreuryse zu empfehlen. Sie wird in der einfachsten Weise derart eingeleitet, dass bei hinreichender Erweiterung des Muttermundes, die eventuell durch Laminaria herbeizuführen ist, ein mittelgrosser Braunscher Kolpeurynter zusammengefaltet durch den Cervikalkanal eingeführt, hierauf mit einer vorher bestimmten Flüssigkeitsmenge angefüllt und schliesslich an dem abgeklemmten Schlauche eine mässige Gewichtsextension angebracht wird. Die Aufschliessung der Cervix kann auch in wenigen Minuten gefahrlos bis zu einer Erweiterung von 5 Markstück-Grösse durch Bossis Dilatator geschehen, wonach der Uterusballon sich ohne Schwierigkeit einführen lässt. Ein Nachteil des Verfahrens besteht darin, dass der vorangehende grosse Kindesteil durch den Ballon verdrängt wird, weshalb sofort nach Ausstossung desselben die Lage der Frucht genau bestimmt und nötigenfalls verbes-

Digitized by Google

sert werden muss. Dies wird sich zumeist durch lediglich äussere Handgriffe bewerkstelligen lassen; in manchen Fällen wird allerdings die Herstellung einer Fusslage vorteilhaft und daher die innere Wendung vorzunehmen sein. Verletzungen sind freilich auch bei diesem Verfahren nicht gänzlich ausgeschlossen, gehen aber in der Regel nicht über seichte Einrisse des Muttermundes hinaus. Die Blase kann zumeist erhalten bleiben, was besonders bei der Einleitung der Frühgeburt wegen engen Beckens von Bedeutung ist.

Dr. Ihl (Erlangen) tritt auf Grund seiner an Prof. Gessners Klinik gemachten Erfahrungen der Behauptung Varniers und Pinards entgegen, dass die Symphyseotomie keine bleibende Beckenerweiterung herbeiführe. Die geringe Zahl der nach Symphyseotomie mitgeteilten Geburten lässt mit gewisser Berechtigung den Schluss zu, dass weitaus noch vielmehr der symphyseotomierten Frauen später spontan entbunden haben. Es ist also die Symphyseotomie für spätere Geburten von günstigem Einfluss, in vielen Fällen führt sie eben zu einer dauernden Erweiterung der Geburtswege, in anderen unterstützt sie den Verlauf der Geburt, weil das an Stelle des Knorpels getretene Bindegewebe der in der Schwangerschaft eintretenden Auflockerung viel mehr zugänglich ist.

Nach Dr. Winklers (Stettin) Ansicht hat die Wehenschwäche ihre Ursache in Wärmemangel: blutarme, abgearbeitete Kreissende weisen zumeist schlechte Wehentätigkeit auf. Will man deshalb die Wehenschwäche ursächlich bekämpfen, so muss man dies durch Zufuhr und Steigerung der Körperwärme der Kreissenden tun. Von der Befolgung dieses Grundsatzes hat Verfasser die besten Resultate gesehen. Als selbstverständlich hat zu gelten, dass das Kreisszimmer in der kälteren Jahreszeit gut durchwärmt ist. Blase und Mastdarm sollen stets geleert sein. Bei Wehenschwäche in der Eröffnungsperiode sind Scheidenspülungen von 48—50° C am Platze, die auflockernd und anregend auf den Scheidenteil der Gebärmutter wirken. Für die Austreibungsperiode gebe man wärme- und wehearmen Kreissenden wenn angängig ein Vollbad von 37° C, welches man allmählich auf 41° C erhöht (10—15 Minuten lang). Sehr oft treten bereits im Bade kräftige Wehen ein, so dass die Kreissende sich beeilen muss, wieder ihr Lager zu erreichen. Auch heisse Sitzbäder führen oft zum Ziel. Sind Bäder nicht anwendbar, so wende man heisse Umschläge oder auch Dampfkompressen an, die im Wechsel von 2—3 Minuten quer über den Leib zu legen sind. Zum Zwecke des Gegenreizes kann man den Leib nach 5—10 Dampfkompressen mit kaltem Wasser abwaschen. Gleichzeitig empfiehlt sich die Applikation von Dampfkompressen auf die Kniee. Hat man auf diese Weise eine deutliche, sichtbare Wirkung auf die Wehentätigkeit erzielt, so kann man zur Beschleunigung der Geburt und weiteren Kräftigung der Wehentätigkeit eventuell noch den künstlichen Blasensprung machen; unter welchen Vorbedingungen, darf als hinreichend bekannt vorausgesetzt werden. Das geschilderte Verfahren ist denkbar einfach, auch unter den bescheidensten Verhältnissen auszuführen und fast nie versagend.

Dr. Fränkel (Breslau) bespricht die Geburtsanomalien „Missed labour" und „Missed abortion". Unter „Missed labour" versteht man vergebliche Geburtsbestrebungen kurz vor oder am normalen Endtermine der Schwangerschaft mit vorübergehendem oder dauerndem Sistieren der austreibenden Kräfte und mit Zurückhaltung des Fötus in der Gebärmutter über die Zeit seiner vitalen uterinen Existenz hinaus. Der Begriff „Missed abortion" ist mangels eines durchgreifenden Unterschiedes zwischen einem sich abnorm in die Länge ziehenden Abort und der Fehlgeburt einer abgestorbenen Frucht entweder ganz zu streichen oder nur als die uterine Zurückhaltung eines vor dem Zeitpunkt der Fruchtlebensfähigkeit abgestorbenen Eies nach vergeblichen, mehr oder weniger ausgeprägten Abortusbestrebungen bis zum normalen Schwangerschaftsende oder über dasselbe hinaus zu definieren Nach dem heutigen Standpunkt der Kasuistik muss es als sicher gelten, dass Missed labour unter Zurückhaltung des Fötus in der normal gestalteten und entwickelten Uterushöhle vorkommen kann. Doch findet sich

Digitized by Google

diese Anomalie auch recht häufig im Nebenhorn eines Uterus bicornis. Alle Momente, durch welche vermehrte Widerstände im unteren Abschnitt der Geburtswege bei gleichzeitiger Abnahme der austreibenden Kräfte des oberen austreibenden Teils des Uterus Hohlmuskel gesetzt werden, können zu „Missed labour" führen: Abnorme Resistenz oder Widerstände an der Cervix verhindern ihre Entfaltung und Umbildung zum unteren Uterinsegment durch die Schwangerschaftswehen. Daraus folgt Entwickelung des Eies ausschliesslich im Hohlmuskel und Verdünnung seiner Wandung; sowie zu schwache Schwangerschafts- und mangelhafte Eröffnungswehen. Ungenügendes Hineintreiben der Fruchtblase in den unteren Cervixabschnitt, fehlende starke Reizung der Cervikalganglien, Ausbleiben des eigentlichen Geburtseintritts sind die einzelnen ineinander greifenden Glieder der Kette (absolute Insuffizienz des Hohlmuskels). Die Ursachen von „Missed abortion", der Zurückhaltung eines abgestorbenen Abortiveies, nicht selten weit über den normalen Endtermin der Schwangerschaft hinaus, lassen sich nach dem Vorgange von Schäffer analog denjenigen von Missed labour erklären. Die Auslösung von Schwangerschafts-, dann Eröffnungswehen durch Druck auf den inneren Muttermund und die paracervikalen Ganglien erfolgt um so später, je allmählicher die Schrumpfung des Eies und je langsamer die Resorption des Fruchtwassers vor sich geht. Hier wird wie bei Missed labour das selbst völlig losgelöste, als Fremdkörper im Uterus liegende Ei erst durch den kongestiven Reiz der wieder erwachenden Periode gewöhnlich unter stärkeren Blutungen ausgestossen. Therapeutisch empfiehlt es sich schon aus psychischen Gründen, alsdann aber auch wegen der selten fehlenden allgemeinen oder örtlichen Beschwerden, sich bei Retention einer abgestorbenen reifen oder nahezu reifen Frucht über das normale Schwangerschaftsende hinaus nicht längere Zeit exspektativ zu verhalten. Wenn längstens 6—8 Wochen nach Ablauf des normalen Schwangerschaftstermines die Wehen nicht spontan wieder erwacht sind, so muss durch prompt wirkende wehenerregende und zugleich muttermundserweiternde Mittel — Metreuryse, Dilatation nach Bossi — eventuell unterstützt durch die subkutane Injektion von Palms Spasmotin, 0,025—0,05, die Ausstossung der Frucht befördert werden. Selbstverständlich muss dies bei eröffnetem Ei und Verjauchung der Frucht sofort, wenn nötig unter Mitentfernung des septisch infizierten oder anderweitig schwer erkrankten Fruchthalters geschehen. Ist bei Missed abortion vermittelst längere Zeit fortgesetzter Beobachtung und durch Untersuchung in angemessenen Intervallen der Fruchttod festgestellt, so ist auch hier aus den obengenannten Gründen und um dem überraschenden Eintritt einer heftigen Metrorrhagie vorzubeugen, die Dilatation des Collum und die möglichst digitale Ausräumung der Uterushöhle vorzunehmen; vor der Anwendung der Curette ist dringend zu warnen.

Dr. v. Budberg hält die von Credé befürwortete Methode der Expression der Placenta nicht für rationell, weil dieselbe den Uterus stark disloziert, die Bänderapparate stark gedehnt werden und das Eindringen und Ansaugen von Luft ermöglicht ist in dem Moment, wo der Druck von aussen aufhört. Statt dessen führt v. Budberg einen Handgriff aus, bei dem er die Gebärmutter nicht disloziert, sondern im Gegenteil fixiert: Vier gespreizte Finger kommen auf die Hinterfläche des Uterus, der Daumen über den Fundus hinweg auf die vordere Fläche, die andere Hand umfasst den unteren Abschnitt in der Weise, dass die Ulnarseite der Hand über der Symphysis ruht und vier Finger von der einen, der Daumen von der anderen Seite die Gebärmutter umfasst. Während einer Kontraktion werden die Hände gegeneinander gedrückt, während einer Wehe wird der Druck stärker, dann schwächer. Dabei wird die Gebärmutter fixiert und nicht nach unten gedrängt. Bei diesem Verfahren wird die Harnblase auch mechanisch entleert. Bei sehr fettleibigen Personen oder bei Frühgeburten wendet v. Budberg folgendes Verfahren an: Der zweite und dritte Finger gehen in die Vagina ein, spreizen sie dort und stossen die Gebärmutter beiderseits vom Scheidengewölbe aus nach oben zum Pro-

Digitized by Google

montorium zu. Die andere Hand drückt in gewöhnlicher Weise von aussen.

Bei einer Extrauteringravidität kann es nach Prof. Zweifel (Leipzig) zu jeder Zeit, auch schon wenige Wochen nach dem Ausbleiben der Menstruation, zu einer Eröffnung der Serosa der Tube kommen, und wenn die Blutung in die freie Bauchhöhle geht, eine rasche Verblutung erfolgen oder wenn der Zufall günstig ist und nur eine gefässarme Stelle des Peritoneums getroffen wird, eine baldige Abkapselung zu stande kommen. Es kann aber auch zuerst die Eikapsel in der Tube einreissen, Blut durch das Ostium tubae abdominale ausfliessen, eine Blutgeschwulst im Douglasschen Raum entstehen und nachträglich doch noch eine andere Stelle der Tube, an welcher das Ei weiter wuchs, usuriert werden. Wenn also bei einer schwangeren Frau ein Anfall von peritonitischen Erkrankungen eintritt, d. h. grosse Schmerzen im Unterleib, Ohnmacht, Kollaps, Erbrechen, so ist bei Fieberlosigkeit immer zuerst an eine Usur der schwangeren Tube zu denken und bei der grossen Gefahr des Gehenlassens und der sehr guten Aussicht des frühen Operierens unbedingt die sofortige Operation notwendig. Die Fälle mit akuter Blutung in die freie Bauchhöhle gehen regelmässig zu grunde, wenn man sie nicht so zeitig zur Operation bekommt, dass sie wenigstens noch etwas Puls haben, während die Kranken, welche noch atmen, wenn sie vom Operationstisch herunterkommen, in der Regel genesen. Die Operation selbst, wie sie Verfasser vornimmt, ist einfach, sie besteht in dem raschen Aufsuchen der blutenden Tube und Abklemmen derselben, damit die Blutung steht. Dann erst wird mit der Narkose und gleichzeitig mit einer subkutanen Kochsalzinfusion begonnen. Erst wenn die Kranken unempfindlich geworden sind, wird die Tube abgebunden und möglichst alles Blut aus der Bauchhöhle entfernt. Die Forderung, bei einer inneren Blutung die Bauchhöhle sofort zu eröffnen, die Blutung zu stillen und das Blut vollständig auszuräumen, gilt nicht bloss für die primären Rupturen und Usuren, sondern ebenso dringend für die sekundären, welche vor Eintritt der lebensgefährlichen Blutung eine abgekapselte Hämatocele hatte. Verfasser hat dies Vorkommnis in 4% der von ihm beobachteten Hämatocelen erlebt. Was die abgekapselten Hämatocelen selbst anlangt, so sind sie nach Verfasser expektativ zu behandeln. Nur Verjauchung des Blutes, anhaltende Schmerzen und eine besondere Grösse der Blutgeschwulst darf zum Operieren veranlassen, endlich ist die Operation wenn möglich erst nach Bildung einer festen Kapsel vorzunehmen. Als Eingriff kommt in erster Linie die Elytrotomia oder Colpotomia posterior in Frage, d. h. die schichtweise ausgeführte Eröffnung des hinteren Scheidengewölbes und des Douglasschen Raumes, Ausräumen des geronnenen Blutes durch Zerteilen mit zwei Fingern, Wegspülen der Blutgerinnsel und endlich Ausstopfen der Höhle mit Jodoformgaze. Die Kapsel der Blutgeschwulst darf nicht gesprengt werden, auch darf man in der Tube nicht die Blutmassen um das Ei herum sitzen lassen, weil dies zu Zersetzung, Fieber und Sepsis führen kann. Wo ein solcher Blutknollen in einer Tube sitzen blieb, zog Verfasser vor, die Laparotomie unmittelbar anzuschliessen, das Blut von oben vollkommen zu entfernen, den Sack mit Jodoformgaze anzufüllen und darüber gegen die Bauchhöhle vollkommen abzuschliessen. Wenn es sich um Verjauchung der Hämatocele handelt, darf nur von unten operiert werden, mit möglichst vollkommener Ausräumung. Diejenige Grösse einer Hämatocele, welche an sich einen Eingriff indiziert, ist die, bei welcher die Geschwulst über die Linea terminalis hinaufreicht und bei welcher die Resorption Wochen und Monate in Anspruch nimmt. Unter den sämtlichen 211 von 1890–1899 beobachteten Fällen kam in Verfassers Klinik die expektative Behandlung in 53,5% der Fälle zur Anwendung; die Resultate waren in bezug auf spätere Konzeption und den Befund an den Genitalien sehr gute.

Dr. Meyer (Hamburg) teilt zwei Fälle von gleichzeitiger Extra- und Intrauterin-Gravidität mit. Der erste Fall betraf eine 34jährige IV para, die im zweiten Schwangerschaftsmonat ein Placentarstück aus dem Uterus entleerte. Gleichzeitig bestand ein Tumor

Digitized by Google

im Douglas, der von der Vagina aus inzidiert wurde und altes, zersetztes Blut enthielt. Drei Tage später entleerte sich aus der Inzisionsöffnung eine ca. 10 Wochen alte, komplette Placenta. Im zweiten Falle, der eine 25jährige VI para betraf, handelte es sich um einen Abort in der 4—5. Woche. Wegen gleichzeitigen Tumors im Douglas Laparotomie, die nur Blutkoagula zutage förderte. Dieselben enthielten mikroskopisch jedoch Chorionzotten. Meyer redet der Punktionsspritze bei Hämatocele das Wort, die von anderen Autoren bekanntlich verworfen wird.

Eine Arbeit von Prof. Zweifel (Leipzig) berichtet über 29 Fälle von Uterusruptur. Von denselben waren fünf nicht perforierend, bei den penetrierenden betrug die Mortalität 62,5 %; von den insgesamt 29 Fällen starben 16 (55 %). Bei der Beurteilung der Gefahr im allgemeinen nimmt Zweifel an, dass $^1/_5$—$^1/_4$ aller Verletzten stirbt, ehe Therapie möglich ist. Bezüglich letzterer empfiehlt Zweifel jetzt nur mehr dann die früher von ihm so warm vertretene Drainage, wenn grössere Eingriffe undenkbar sind. Nach Zweifel ist es am besten, stets die Laparotomie ohne Beckenhochlagerung (!) zu machen, dabei alles Blut bis auf den letzten Tropfen aus der Bauchhöhle wegzuschaffen und die Serosa zu vernähen, die Uterusmuskulatur ungenäht zu lassen; eventuell muss durch Aufrichtung der Kranken das Blut ins kleine Becken geschafft und dann herausgetupft werden. Befindet das Kind sich noch in utero, so muss es auf natürlichem Wege entfernt werden, sonst per laparotomiam.

Prof. Stroganoff (St. Petersburg) teilt zwei Fälle von Uterusruptur mit, die beide durch Laparotomie und Naht der Ruptur geheilt wurden, und in welchen es bald darauf zu erneuter Schwangerschaft kam, die durch künstliche Frühgeburt und Extraktion des nach Braxton Hicks gewendeten Kindes beendet wurde. Die Mütter und Kinder blieben am Leben.

Bei Prolaps des schwangeren Uterus sub partu ist nach Dr. Seitz (München) unter allen Umständen zunächst eine Retention des Prolapses geboten. Sie gelingt gewöhnlich bei Beobachtung aller in Betracht kommenden Faktoren: sorgfältige Entleerung der Blase und des Mastdarms, Lagerung der Kreissenden in Seitenlage, Steissrückenlage oder Beckenhochlagerung, Vermeidung zu starken Mitpressens, eventuell durch Morphiuminjektion, und gleichmässiger sanfter Druck auf den Prolaps. Nach der Reposition empfiehlt Seitz, zunächst abzuwarten, im übrigen bei vorhandener Indikation Inzisionen des Muttermundes.

Dr. Frank (Olmütz) fasst die Indikationen zu operativen Eingriffen bei myomatösem schwangeren Uterus dahin zusammen, dass dieselben gegeben sind: 1. bei Schwangeren, wenn rasches Wachstum beobachtet wird, dann bei Störungen der Zirkulation und der Atmung, wenn ferner anzunehmen ist, dass die Myome eine frühzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft verursachen können, bei peritonitischen und Einklemmungserscheinungen und wenn das Myom polypös ist oder von der Pars vaginalis uteri ausgeht (Neigung zu Ernährungsstörungen); 2. bei der Geburt: vaginale Enukleation von Myomen der Pars intermedia, wenn nicht mit Aussicht auf ein lebendes Kind das Hindernis überwindbar erscheint, Perforation kommt erst in Frage, wenn der nachfolgende Kopf das Hindernis nicht überwindet, ferner bei totem Kind und bei Fieber. Dann kommen in Betracht abdominale Enukleation mit Spontanverlauf der Geburt, wenn die Myome von der Pars supravaginalis ausgehen, ausserdem die Sectio caesarea mit Kastration, mit Entfernung oder Erhaltung des Uterus.

Prof. Dührssen (Berlin) verfügt über eine grosse Anzahl von Fällen von operierter Vaginofixur, bei denen infolge verbesserter Technik der Operation Geburtsstörungen nicht auftraten. Unter 70 Fällen dieser Art verlief ein Fall von Placenta praevia tödlich, ein Fall von Elongatio colli war mit geringen Störungen verbunden. Von den Kindern starben neun, doch ist kein Todesfall auf die vorausgeschickte Operation zu beziehen. Ein Rezidiv der Retroflexio uteri nach der Geburt trat nur einmal auf. Die Möglichkeit der Konzeption nach Vaginofixur scheint erhöht zu sein; also

Digitized by Google

ist die Operation eventuell auch in höherem Lebensalter auszuführen. Auch die Neigung zu Aborten wird durch die Vaginofixur herabgesetzt. Jedoch ist vor allem bei der Operation die peritoneale Öffnung für sich wieder zu schliessen.

Bei der Behandlung der Eklampsie sind nach Dr. Ostrčil (Prag) folgende Grundsätze zu befolgen: Wichtig ist vor allem die Prophylaxe. Man muss in der zweiten Schwangerschaftshälfte den Harn der Schwangeren systematisch auf Eiweiss untersuchen. Findet man Albumen, so verordnet man Milchdiät; bei Ödemen trachtet man durch Bäder Diaphorese zu erzielen und sorgt daneben für regelmässige Stuhlentleerung. Kommt es trotzdem zum Ausbruch der Eklampsie, so trachtet man, den Uterus in schonender Weise zu entleeren. Sämtliche geburtshilflichen Eingriffe werden in tiefer Chloroformnarkose vorgenommen. Wo die Vorbedingungen für die Wendung, Zange oder Perforation gegeben sind, wird die Geburt auf diese Weise beendet. Verwickelter werden die Verhältnisse, wenn das Collum noch erhalten und eng ist. Ist dasselbe so eng, dass man einen Metreurynter nicht einlegen kann, so gelingt die Erweiterung stets mit dem Bossischen Dilatator. Ist nur eine Dilatation des Muttermundes notwendig, so bedient man sich am besten des Metreurynters nach Champetière. Diese Methoden sind einfach und eignen sich besonders für den Praktiker, während die tiefen Inzisionen des Collum, der vaginale Kaiserschnitt etc. besser den Kliniken vorbehalten bleiben. Treten auch nach der Entleerung des Uterus Anfälle auf, so bleibt nichts anderes übrig, als symptomatisch zu behandeln: Durch warme Einpackung wird die Transspiration angeregt, von Narcoticis verabreicht man Chloralhydrat. Ist der Puls gross und hart, und nimmt die Cyanose des Gesichtes zu, so setzt man den Blutdruck durch einen ausgiebigen Aderlass herab, dem man je nach Bedarf eine Kochsalzinfusion anschliesst. Vor der Geburt einen Aderlass zu machen, ist nicht ratsam, da man mit der Möglichkeit einer stärkeren Blutung intra partum rechnen muss.

Die sofortige Entbindung ist nach Prof. Bumm (Halle) die beste Eklampsie-Behandlung. Wenn Eklamptische kurz nach den ersten Anfällen, bei noch gutem Puls und intakten Lungen, in die Behandlung treten, so kann man in der Regel durch die sofortige Entleerung des Uterus einen günstigen Ausgang der Krankheit herbeiführen. Die aktive geburtshilfliche Behandlung der Eklampsie ist sehr einfach, wenn die Krankheit erst im Laufe der Geburt zu einer Zeit ausbricht, wo die Eröffnung des Gebärmutterhalses bereits im Gange oder schon vollendet ist. Bei gut erweitertem Muttermund kommen je nach dem Stande des Kopfes Zange oder Wendung in Frage, bei totem oder sterbendem Kind die Perforation. Ist der Halskanal teilweise entfaltet, aber für das Einführen der Zange oder der Hand noch zu eng, so empfiehlt sich für die allgemeine Praxis am meisten die kombinierte Wendung auf den Fuss mit nachfolgendem permanenten Zug an der herabgeholten Extremität Man kann bei dieser Methode mittelst des Steisses den Muttermund ebenso rasch und kräftig dilatieren wie mit Gummiballons, deren Einführung für den Praktiker stets komplizierter ist, als die Wendung und der Zug am Fuss. Auch die neuerdings wieder in Schwung gekommenen Metalldilatatoren lassen sich in der Praxis vollständig durch die dilatierende Wirkung des Steisses ersetzen, der viel schonender und jedenfalls mit geringerem Risiko einer Cervixzerreissung die Erweiterung zu stande bringt. Bei noch völlig erhaltenem Halskanal kommt eventuell der Kaiserschnitt, bezw. die Hysterotomia vaginalis anterior nach Dührssen in Betracht. Was für die ausgebrochene Eklampsie gilt, darf auch in den vorbereitenden Stadien der Erkrankung nicht unbeachtet bleiben. Man wird bei den schweren Formen der Schwangerschaftsnephritis nur dann ein längeres Zuwarten verantworten können, wenn durch Ruhe, Milchdiät, heisse Wickel und diuretische Mittel die Ödeme zurückgehen, die Urinmenge steigt und der Eiweissgehalt des Harnes abnimmt. Verschlimmert sich trotz eines geeigneten diätetischen Verhaltens der Frauen die Nephritis, dann ist die Unterbrechung der Schwangerschaft das beste Mittel, um die

Digitized by Google

Kranken vor grösseren Gefahren zu bewahren.

Für die Therapie der Eklampsie kommt Dr. Dienst (Breslau) zur Empfehlung eines Versuches mit Zufuhr reichlichster Mengen von Alkalien. Natrium bicarbonicum wird den Frauen je nach ihrem Zustande, entweder als Getränk oder als Klysma gegeben; bei ganz komatösen Frauen wird das Mittel nach vorheriger gründlicher Ausspülung des Magens diesem direkt einverleibt. Ausserdem werden zur Steigerung der Herzkraft Exzitantien und zur Steigerung der Nierentätigkeit Diuretika angewendet, von Narcoticis wird dabei ganz abgesehen. Der therapeutische Wert der Milchdiät beruht nach Diensts Vermutung vielleicht auf deren Alkaligehalt. Die Erfahrungen, die Dienst selbst mit der von ihm empfohlenen Therapie gemacht hat, lauten günstig.

Dr. Mangiagalli verfügt über 18 Fälle von Eklampsie, in denen er mit Veratrum viride ausgezeichnete Erfolge erzielte. In Anwendung gebracht wurde das Fluidextrakt des Veratrum viride (Präparat dargestellt von Carlo Erbo in Mailand). Es wurde in Dosen zu 20 Tropfen verabfolgt und im Bedarfsfalle bis auf 100 Tropfen gegangen. Die Wirkung des Präparates äussert sich in einer konstanten Herabsetzung des Blutdruckes und in Verlangsamung des Pulses. In allen Fällen hörten die eklamptischen Anfälle auf und nur eine Patientin starb neun Tage nach dem letzten Anfalle. Die eine Hälfte der Fälle waren Erstgebärende, die andere Mehrgebärende. 7 mal trat die Eklampsie intra partum auf, 2 mal im Puerperium, 9 mal in der Gravidität. In sämtlichen Fällen war Albuminurie vorhanden.

Dr. Nicholson (Edinburg) stellt sich vor, dass in Fällen von Eklampsie während der Schwangerschaft aus irgend welcher, noch nicht näher bestimmbarer Ursache die Funktion der Schilddrüse versagt, so dass die Gewebe nicht hinreichend mit Jodothyrin versorgt werden. Infolgedessen sammeln sich Toxine im Blute an, welche gefässverengernd wirken und dadurch die Sekretion der Nieren hemmen; die Stoffwechselprodukte, besonders der Harnstoff, werden im Blute zurückgehalten; es kommt schliesslich zu urämischen Krämpfen. Um diesen schlimmen Folgen vorzubeugen, ist es zunächst nötig, den Stoffwechsel wieder in richtiges Gleichgewicht zu setzen, was am besten durch Milchdiät geschieht, und zweitens die Diurese anzuregen. Hierzu erweist sich nun das Thyroidextrakt als am besten geeignet, indem es die Blutgefässe erweitert, die Diurese steigert und damit auch die Ausscheidung von Harnstoff anregt. Wenn Krämpfe bestehen, so muss ausserdem noch Morphium in einer oder mehreren starken Dosen gegeben werden, was auch deprimierend auf den gesteigerten Blutdruck einwirkt. Nicholson hat deshalb das Thyroidextrakt innerlich wie subkutan, mit und ohne Morphium, bei der Eklampsie angewandt und sehr gut bewährt befunden. Er empfiehlt es auch für die seltenen Fälle von Unterdrückung der Harnsekretion nach Geburten und Aborten.

Über die Beziehungen des Streptococcus zur puerperalen Sepsis sprach Prof. Bumm (Halle) auf dem Gynäkologenkongresse zu Würzburg. Bei systematischen Kulturversuchen mit für das Wachstum der Streptokokken besonders günstigen flüssigen Nährböden wurde festgestellt, dass Streptokokken sich fanden: 1. im Scheidensekret Schwangerer zu 75%, in einer Serie Erstgeschwängerter sogar zu 86%; 2. in Tampons, die zur Blutstillung nach Geburten und Aborten in den Uterus gelegt wurden, in 70%; 3. im Lochialsekret aller Wöchnerinnen. Die Streptokokken machten nur dreimal septische Endometritis, schadeten in allen anderen Fällen nichts. Der Scheidenstreptococcus konnte auf keine Weise sicher vom septischen Streptococcus differenziert werden. Man muss also zunächst noch an mangelnde Virulenz denken. Mikroskopisch sind die harmlosen Streptokokken nicht nachweisbar, da sie sich bei nicht Erkrankten nur als Dauerformen finden. Positiver reichlicher mikroskopischer Streptokokkenbefund spricht immer für septische Erkrankung.

Prof. v. Winckel (München) betont die Wichtigkeit der Rektalmessungen. Nicht untersucht ist ferner nicht identisch

Digitized by Google

mit nicht berührt (Spülung, Einlauf, Dammnaht, Kohabitationen kurz vor Geburt, Berührung durch die ungebärdige Kreissende selbst).

Prof. Fehling (Strassburg) fand die Differenz bei axillarer und rektaler Messung 0,4° C. Der geringe Unterschied von 2,7% in der Puerperalmorbidität bei mit und ohne Gummihandschuhe untersuchten Kreissenden bestimmte Fehling die Untersuchung Schwangerer und Gebärender mit Handschuhen aufzugeben. Dagegen lässt er vom geburtshilflichen Personal alles andere nur mit Gummihandschuhen untersuchen, um auf diese Weise die Hände immer rein zu erhalten.

Prof. Krönig (Jena) sieht auch im Puerperalfieber eine Infektion von aussen her, aber fast ausschliesslich durch die geburtsleitenden Hände, nicht durch die Hände der Kreissenden oder Koitus.

Der Streptokokkenbefund allein beweist nach Prof. Hofmeier (Würzburg) noch keine Infektion. Oft findet man sie, ohne dass Infektion besteht. Es ist besser, die Scheide auszuspülen, als nicht. Der bakteriologische Befund darf nicht das Handeln des Praktikers bestimmen, nachdem kolossale Meinungsänderungen über ihn bestehen. Die grossen Differenzen bei nicht Untersuchten in grossen Anstalten beweisen, dass noch ein vorläufig unbekannter Faktor mitsprechen muss.

Prof. Döderlein (Tübingen) sieht in der Verminderung der Übertragung von Infektionsstoffen vermittelst der touchierenden Hand auch ferner die Hauptaufgabe für die puerperale Prophylaxe. An der Tübinger Klinik fieberten von 1000 ohne Scheidendesinfektion spontan niedergekommenen, nur mit Handschuhen untersuchten Hausschwangeren im Wochenbett nur 8,9%, nach Abzug der accidentellen Erkrankungen und der Eintagsfieber mit negativem Uteruslochienbefund nur 4,8% infolge einer von den Genitalien ausgehenden Infektion. Nur ein Exitus, und zwar an Tuberkulose. Infektionserreger waren meist Streptokokken.

In der Klinik des Prof. Chrobak in Wien werden die Gebärenden, wie Dr. Hertzka mitteilt, nicht mehr gebadet, sondern unter fliessendem Wasser auf einem flachen Blechteller mit Schmierseife und Holzwolle abgewaschen und abgebraust. Dabei ist eine leichte Übersicht über den ganzen Körper gegeben, die Reinigung wird leichter und rascher besorgt, das schmutzige Wasser fliesst sofort in eine zentralen Vertiefung ab und die Blechplatte ist leicht und sicher zu reinigen. Die Prozedur wird nicht übel empfunden. Die Morbidität wurde geringer.

Bezüglich der Behandlung des Puerperalfiebers gibt Prof. v. Herff folgende Ratschläge: Im allgemeinen ist bei Puerperalfieber eine lokale Behandlung zu unterlassen. In einzelnen speziellen Fällen kann gleich zu Beginn des Fiebers eine intrauterine Ausspülung, die wiederholt werden kann, gerechtfertigt werden. Tritt nach einigen Stunden keine eklatante Besserung ein, so nützen solche Ausspülungen nichts, sondern sie schaden, und sind daher zu unterlassen. Eine Ausschabung der Uterushöhle, um die erkrankte Schleimhaut zu entfernen, ist zu verwerfen. Die Serumtherapie mit Antistreptokokkenserum zeigt einzelne Erfolge. Im allgemeinen ist aber kein Verlass darauf. Ob eine intravenöse Anwendung des Kollargol Erfolge zeitigen kann, steht noch aus. Von nicht zu unterschätzender Bedeutung ist eine ausgiebige Immobilisation des Körpers. Die Involution des Uterus ist möglichst zu befördern. In der Kostordnung schwer Septischer ist der Alkohol in grösseren Mengen zu verwerfen. Der Ernährung ist die grösste Aufmerksamkeit zu widmen. Zur Stärkung der Herztätigkeit empfiehlt sich ausser der Anwendung von bekannten Herzmitteln vielleicht die frühzeitige Darreichung von Strychnin in refracta dosi. Antipyretika sind nur ganz ausnahmsweise angezeigt, wohl aber in chronischen Fällen eine Thermotherapie unter Weglassen der Bäder.

Prof. Fehlings Erfahrungen in der Klinik zu Halle mit Marmorekserum beim Puerperalfieber haben gezeigt, dass kein Verlass auf dessen Wirkung ist. Über das Serum von Tavel besitzt Fehling noch keine persönliche Erfahrung. Die Versuche mit dem Un-

Digitized by Google

guentum colloidale Credés haben gar keinen Erfolg gezeigt. Dagegen lässt sich der intravenösen Einspritzung des Argentum colloidale ein gewisser Wert nicht absprechen. Fehling verwendet sterile 2%ige Lösung und gibt davon 10—20 ccm intravenös (in eine Vene der Ellenbogenbeuge, mit feiner Nadel injiziert). Bei einiger Übung gelingt dies sehr leicht und eine üble Einwirkung war nie nachzuweisen. Die Erfolge sind ungemein wechselnd; es gab Fälle, wo unmittelbar auf die Injektion Temperatur und Puls abfiel, manchmal recht bedeutend, und, was sehr betont werden muss, mit subjektiver Erleichterung der Kranken. Die Kranken bekamen Schlaf und besseren Appetit. Bei Wiederanstieg mussten neue Injektionen gemacht werden, oft täglich, 8—10 Tage hintereinander. Ein definitiver Abfall der Temperatur nach der Injektion wurde jedoch nur einmal beobachtet. Ob die vorgekommenen Heilungen durch das Mittel als solches hervorgebracht sind, darüber spricht sich Fehling sehr vorsichtig aus. Den geheilten Fällen steht ebenso eine Anzahl Gestorbener gegenüber. Vielleicht wurde manchmal der schlimme Ausgang hinausgezögert, wie in einem Falle von Pyämie mit zahlreichen Lungenabszessen. Das Mittel scheint meist die Fähigkeit zu besitzen, Temperatur und Puls herabzusetzen, und neben der Erleichterung der Kranken hat es demnach einen gewissen diagnostischen Wert. Ob die Wirkung einfach eine bakterienentwickelungshemmende ist, ob das lösliche Silber einem anorganischen Fermente vergleichbar wirkt, ist fraglich; jedenfalls scheint die Annahme einer dadurch bedingten Vermehrung der Leukocytenzahl falsch zu sein. Müssen nun auch noch weiter beweisende klinische Versuche mit dem Mittel angestellt werden, so darf man dasselbe jetzt schon als Heilfaktor im Kampfe gegen das Puerperalfieber gebrauchen. Die Hauptsache gegen diesen Feind der Menschheit wird immer im Semmelweis schen Sinn die Prophylaxe sein. Neben der von Semmelweis gelehrten Prophylaxe der Desinfektion ist heute als Grundregel aufzustellen: die möglichste Freihaltung der Hände von infizierendem Material, d. h. also Gummihandschuhe für jede Art der vaginalen und rektalen Untersuchung und reine Hände für operative Tätigkeit!

Nach Dr. Weissmanns (Lindenfels) Ansicht übertrifft die Behandlung der vom Uterus ausgehenden septischen Infektion mit Kollargol alle übrigen Heilmethoden an Sicherheit des Erfolges. Alle von ihm so behandelten Fälle gingen in Heilung über; darunter waren sechs Fälle von Puerperalfieber, die nach einer normalen Geburt auftraten, in drei Fällen schloss sich die Infektion an einen Abort an, ein Fall war eine Peritonitis, welche nach einem von anderer Seite gemachten operativen Eingriff, Curettement, entstanden war. Verfasser gebrauchte Kollargol teils in Form von Unguentum Credé (je 3 Dosen zu 3 g) zur Schmierkur, teils in 1%iger Lösung zur intravenösen Injektion. Die Salbe wird mit je 12 Stunden Zwischenzeit auf dem Rücken und den hinteren Flächen der Oberschenkel mit der flachen Hand 20 Minuten verrieben. Die intravenöse Injektion ist gleichfalls einfach. Der Oberarm wird zum Aderlass abgeschnürt, die Ellenbogenbeuge wird mit Äther abgerieben und nun die Nadel der gefüllten Spritze in die prall gefüllte Vene eingestochen, nachdem vorher sorgfältig die Luft entfernt ist.

Dr. Reidhaar (Basel) berichtet über die sehr günstige Beeinflussung einer schweren puerperalen Streptokokkensepsis durch intravenöse Injektionen von Kollargol-Credé (0,1%, 1—2mal täglich), nachdem Antistreptokokkenserum vollständig versagt hatte. Fieber, Schüttelfröste und Allgemeinbefinden verloren sofort ihren bedenklichen Charakter, die Nahrungsaufnahme hob sich. Nach Aussetzen der Injektionen trat wieder Verschlechterung ein.

Auch Dr. Jaenicke (Apolda) berichtet über einen Fall von septischer Parametritis nach schwerer Zangenentbindung, in welchem bei absolut infauster Prognose eine Injektion von 8 ccm einer 1%igen Kollargollösung in eine oberflächliche Vene der rechten Ellenbogenbeuge mit dem überraschenden Erfolge gemacht wurde, dass der ganz desolate

Digitized by Google

Fall binnen 36 Stunden entfiebert war und dass ein kindskopfgrosses Exsudat binnen 4½ Tagen völlig verschwand. Perforation in Mastdarm, Scheide oder Blase gänzlich ausgeschlossen, da die Ex- und Sekrete in dieser Beziehung ganz besonders beobachtet wurden.

Dr. Steinhauer (Naumburg a. S.) hat zwei Fälle von Puerperalfieber mit Marmorekschem Antistreptokokkenserum behandelt. Die injizierte Dosis betrug 20 resp. 40 g Serum. In beiden Fällen trat nach den Injektionen rascher Temperaturabfall ein mit baldiger Heilung, so dass Verfasser glaubt, den günstigen Ausgang auf Rechnung des Serums setzen zu dürfen. Nachteilige Wirkungen des Serums traten in beiden Fällen nicht ein.

Dr. Gradenwitz veröffentlicht aus Dr. Aschs Frauenabteilung des Allerheiligenhospitales zu Breslau die mit der Therapie der puerperalseptischen Affektionen und speziell mit der Exstirpation des puerperalseptischen Uterus gemachten Erfahrungen. In den letzten vier Jahren (von Oktober 1898 bis Oktober 1902) kamen 113 Fälle von Wochenbettfieber zur Aufnahme. Hierunter befanden sich 26 Patientinnen, deren Fieber sich entweder als durch innere Erkrankung bedingt herausstellte (mit 3 Todesfällen) oder zwar von den Genitalien ausging, aber nach kurzer symptomatischer Behandlung abfiel. Bei weiteren 23 Kranken war das Fieber durch frische, unmittelbar post partum entstandene peri- oder parametritische Abszesse, Pyosalpinxsäcke etc. hervorgerufen und sank nach meist konservativ-operativer Behandlung zur Norm (kein Todesfall). Ferner waren 26 Patientinnen mit verjauchten Nachgeburtsresten eingebracht, deren Ausräumung in 25 Fällen zur Heilung führte (ein Todesfall). Nach Abzug dieser 75 Fälle verbleiben 38 im schlimmsten Zustande befindliche Frauen, die, oft schon ausserhalb ärztlich behandelt, dem Krankenhaus erst zugeführt wurden, als der völlig hoffnungslose Zustand ihr Verbleiben in der eigenen Wohnung unmöglich und dauernde Pflege unerlässlich machte. Von diesen Kranken sind 21 gestorben. In 7 Fällen wurde die Exstirpation des Uterus gemacht, und zwar wurde 5 mal dadurch völlige Heilung erzielt, die beiden übrigen Fälle endeten letal. Unter den 5 geheilten Fällen lagen bei 4 ausgesprochene lokale Prozesse vor (para- und perimetritische Abszesse und dergl.), während in einem Fall die lymphatische Form der Pyämie, der Septikämie bestand. Die beiden Fälle mit ungünstigem Ausgang stellten eine schwere Form reiner Septikämie ohne das Vorhandensein eitriger oder infektiöser Lokalerkrankung, ohne Schwellung der Lymphbahnen oder Vereiterung von Venensträngen dar. In diesen beiden Fällen war nach Verfasser die Operation vielleicht zwecklos. Im allgemeinen scheint die Exstirpation des Uterus indiziert 1. bei sicher auf den Uterus beschränkten, schweren Infektionen, 2. bei eitrigen Prozessen des Uterus, seiner nächsten Umgebung und der Adnexe, 3. bei entzündlichen Erkrankungen der Blut- und Lymphbahnen. Dagegen scheinen durch Uterusexstirpation solche Fälle nicht der Heilung zugeführt werden zu können, bei welchen die Infektion den Uterus überschritten, die Blutbahnen überschwemmt hat und eine Lokalisation derselben nicht nachweisbar ist.

Prof. Schauta (Wien) steht bezüglich der Einleitung der Geburt wegen innerer Erkrankungen auf einem möglichst konservativen Standpunkte. Derselbe hat sich ihm ergeben zunächst durch die eigene Erfahrung, aus welcher die Tatsache hervorgeht, dass die meisten Leiden in bezug auf ihre Bedeutung in der Schwangerschaft weit überschätzt werden, dann durch die Überlegung, dass durch die Einleitung der Geburt die vorhandenen Gefahren nicht sofort beseitigt werden, sondern neue und grössere herbeigeführt werden, indem durch den Geburtsakt selbst eine neue schwere Komplikation in den Kreis der Symptome eingeführt wird. Auch nach überstandener Geburt wird im Wochenbette nicht immer sofort Besserung oder Heilung zu erwarten sein. Der Unterschied in der Auffassung des Internisten und des Geburtshelfers in bezug auf die Frage nach der Einleitung der Geburt liegt vielleicht darin begründet, dass der erstere beson-

Digitized by Google

ders die Schwangerschaft als solche und ihren üblen Einfluss auf eine bestehende innere Erkrankung im Auge hat, der Geburtshelfer aber ausserdem auch die Klippe der Geburt mit in Rechnung zieht. Daher kommt es auch, dass es wohl kaum eine sogenannte absolute Indikation zur Einleitung der Geburt wegen innerer Erkrankungen gibt, d. h. eine Indikation, wo beim Vorhandensein einer bestimmten Erkrankung die Geburt unter allen Umständen eingeleitet werden müsste. Selbst bei Lungentuberkulose, bei Mitralstenose wird die Einleitung der Geburt nur unter gewissen Umständen Berechtigung haben. Dagegen gibt es zahlreiche Erkrankungen, in denen wir eine Kontraindikation gegen die Einleitung der Geburt zu erblicken haben. Zu diesen gehören Psychosen, Pneumonie, Pleuritis, Pneumothorax, die akuten Infektionskrankheiten, Scarlatina, Morbilli, Variola, Erysipel, Diphtheritis, Dysenterie und die Genitaltumoren, Myome, Cysten, Karzinome. Bei Einleitung der Geburt aus inneren Ursachen kommt in erster Linie das Interesse der Mutter in Betracht. In vielen Fällen ernster Erkrankung tritt dieses Interesse so sehr in den Vordergrund, dass das Leben des Kindes geopfert werden muss, doch ist andererseits die Opferung des kindlichen Lebens insofern nur eine scheinbare, als bei Fortdauer der Krankheit mit dem mütterlichen Leben meist auch das kindliche verloren gehen müsste (Polyneuritis, Tetanie, Nephritis, Hyperemesis). In anderen Fällen von Einleitung der Geburt in den letzten zwei Monaten erfolgt der operative Eingriff in beiderseitigem Interesse, indem als Nebenzweck der Operation auch die Rettung des kindlichen Lebens ins Auge gefasst wird (z. B. bei Chorea). Endlich gibt es Fälle, in denen bei Schwangerschaft der letzten acht Wochen die Unterbrechung der Schwangerschaft nur im Interesse des Kindes ausgeführt wird, wenn absolut letale Fälle vorliegen, in denen das Kind noch lebt und der spontane Eintritt der Geburt vor Eintritt des Todes des Kindes nicht zu erwarten steht, z. B. bei Gehirntumor, Gehirnblutung, Miliartuberkulose, perniziöser Anämie. Doch tritt diese Indikation aus äusseren Gründen nur selten in Kraft.

Bezüglich der Schwangerschaftsunterbrechung wegen Tuberkulose steht Prof. Veit (Erlangen) auf folgendem Standpunkte: Wichtig ist nach den Erfahrungen von Veit, dass man bei den tuberkulösen Frauen eine genaue Gewichtsbestimmung vornimmt. Dieses führte er konsequent durch und stellte fest, dass es auffallend ist, wie häufig tuberkulöse Frauen mehr zunehmen, als dem Gewicht des Kindes, des Fruchtwassers und der Placenta entspricht, und zwar kann bei gutem Befinden die Gewichtszunahme eine recht bedeutende sein. Die Erklärung dieser Gewichtszunahme ist eine schwierige. Findet aber eine regelmässige Gewichtszunahme bei Tuberkulösen wärend der Schwangerschaft statt, so dürfen wir unter keinen Umständen eine Unterbrechung der Schwangerschaft empfehlen, denn auch durch die Unterbrechung der Schwangerschaft wird die Krankheit als solche nicht geheilt. Ist die Gewichtszunahme aber eine geringere, als normal, so ist die Frau zweifellos durch die Schwangerschaft gefährdet, ob sie durch die Einleitung der künstlichen Fehlgeburt gerettet werden kann, ist fraglich, jedoch ist zuzugeben, dass dieses Fälle sind, bei denen ein Versuch ihrer Rettung durch die Einleitung der künstlichen Fehlgeburt gerechtfertigt wäre. Bei den Frauen aber, bei denen eine Gewichtsabnahme in der Gravidität stattfindet, ist die Einleitung der künstlichen Fehlgeburt zwecklos. Die Herausnahme der tuberkulösen Frauen aus ihrer Häuslichkeit vor einer Gravidität zur Heilung der Tuberkulose ist das wichtigste, wichtiger als die Unterbrechung der Schwangerschaft. Die Frauen sollen, ehe sie schwanger werden, so weit als möglich geheilt werden, alsdann wird der Eintritt einer Gravidität nicht wesentlich schaden. Auch aus Ehen Tuberkulöser können sehr nützliche Mitglieder der menschlichen Gesellschaft hervorgehen. Die allgemeine Indikation, dass jede Phthisika von ihrer Frucht befreit werden sollte, ist nicht zu billigen, und es muss in jedem Fall der Einleitung der künstlichen Fehlgeburt die genaue Feststellung, ob eine Gewichtszunahme stattgefunden hat, vorausgehen.

Prof. Ahlfeld empfiehlt ebenfalls vor

Digitized by Google

Einleitung einer künstlichen Fehlgeburt die längere, genaue Beobachtung der Kranken. Ahlfeld hält eine Schwangerschaft unter geeigneter Behandlung für die Kranke für ungefährlicher, als einen wiederholten Abort; nicht die Einleitung des Abortes ist für die Kranke das Wichtige, sondern die Behandlung und eine zweckmässige Pflege. Letztere lässt sich gerade im Puerperium gut durchführen.

Über Indikation der Einleitung der Geburt bei Hyperemese und Kardiopathie äussert sich Dr. Tuszkai (Budapest) folgendermassen: A. Bei Hyperemese. Es ist nicht zu leugnen, dass manche Hyperemese auf hysterischer Basis beruht und diese Hyperemesis hysterica ist durch suggestive Behandlungen: wie z. B. scharf riechende sehr scharf schmeckende Medikamente: phantastische Behandlungen: wie z. B. Ätzung der Portio vaginalis, Transferierung in andere Lokalitäten oder Institute, zu bessern oder zur Heilung zu bringen. Diese Art von Hyperemese hat kausaliter mit der Gravidität nichts zu tun, weil sie eben auf obige Weise heilbar ist. Ist dagegen die Hyperemese bei Gravidität nur eine Nebenerscheinung einer accidentiellen Erkrankung in der Gravidität z. B. Meningitis, Magenkrankheiten, Nervosität, Peritonitis usw., so schwindet sie, wenn man der accidentiellen Erkrankung beikommen kann. Das sind Fälle der Hyperemese während der Gravidität aber nicht durch die Gravidität. So oft die Ursache der Hyperemese während der Gravidität bestimmt in anderen Ursachen als in den anatomischen oder physiologischen oder pathologischen Momenten der Gravidität selbst zu finden ist, darf die Schwangerschaft niemals unterbrochen werden, da sie doch nicht die Ursache der Hyperemese ist. Nach Exclusion aller anderen Ursachen kann die Gravidität als solche bei Hyperemese jedoch nur dann angenommen werden, wenn auch lokale Erscheinungen, welche auf Perimetritis levis folgern lassen, den Arzt in der Annahme unterstützen. Solche sind: bei lokaler Empfindlichkeit eine Vergrösserung des Brechreizes, eine Vermehrung des Erbrechens nach bimanueller Untersuchung, überhaupt in den Fällen, in welchen bekannt ist, dass eine frühere Perimetritis die Dehnungsfähigkeit des Peritoneums eingeschränkt hat. In solchen Fällen kann man an die Gravidität als Ursache denken, aber dieselbe zu unterbrechen, ist nur dann gerechtfertigt, wenn: a) Lokale Hilfsmittel, wie Wärme oder Kälte auf dem Bauche oder per vaginam, welche den angenommenen anämischen Peritonealreiz durch lokale Blutzufuhr zu verbessern geeignet wären, wirkungslos bleiben. b) Wenn der Inanitionsgrad eine bereits bedenkliche Höhe erreicht hat, dessen Merkmale die folgenden sind: 1. Die rapide Abnahme des Körpergewichtes, der täglichen Urinmenge, der Chloride desselben und die rapide Verminderung der roten Blutkörperchen. 2. Die Vergrösserung des speziellen Gewichtes des Urins, der Blutalkaleszenz und der Pulszahl. 3. Die Erscheinung von Albumen und Nierenelementen in dem Urin (Inanitionsniere) und Normoblasten, sowie Megaloblasten in dem Blute. Hilft bei solchem Stande der Inanition eine grössere Tagesdosis von Opium (10—15 cg) durch Hemmung der Funktion der Ausscheidungsorgane nicht, so ist an die rasche Einleitung der Geburt zu gehen! B. Bei Kardiopathie. An einigen Fällen von herzkranken Schwangeren konnte Autor feststellen, dass bei dem Anfange der Inkompensation die früher durch Herzhypertrophie geschwundene Pulsdifferenz, als Zeichen einer konsekutiven Dilatation, wieder erscheint. Es ist daher ungemein wichtig, jede Schwangere auf das Pulssymptom zu untersuchen, um den ersten Schritt zur Inkompensation, d. i. die anfängliche Herzdilatation mit dem Pulssymptom bestimmen zu können, da das spätere Verhalten des Arztes rein von diesem Momente abhängt. Bei schon früher Herzkranken ist die Einleitung der Geburt bei Wiederkehr der Labilität in Aussicht zu stellen und auszuführen, wenn nicht bald eine Besserung, welche mitunter möglich ist, erfolgt. Das konstatierte Pulssymptom stellt den Arzt also unter berechtigte Kontrolle und befiehlt zu handeln, bevor es zu spät ist: immerhin viel früher als es bis jetzt geschah! Seltener wird bei Ausbruch latenter Herzerkrankung während der Gravidität zur Einleitung der Geburt geschritten werden

Digitized by Google

müssen, jedoch muss bei Konstatierung des Pulssymptoms alles getan werden, um der nunmehr kommenden Inkompensation Halt zu gebieten.

In einem Falle von Hyperemesis gravidarum mit Salivation, zu deren Bekämpfung eine Reihe von Mitteln fruchtlos angewendet worden waren, machte Dr. Ehrendorfer den vaginalen Kaiserschnitt, nachdem auf die Einleitung der künstlichen Fehlgeburt der torpide, mit langem, sehr derbfaserigem Hals ausgestattete Uterus keinerlei Wehentätigkeit entfalten wollte. Die bald darauf eintretende günstige Nachwirkung und der weitere rapide Fortschritt in der Besserung rechtfertigten durchaus den Eingriff. Gerade bei schweren Fällen von Hyperemesis liessen wiederholt die bekannten Einleitungsverfahren der Fehlgeburt im Stiche und wäre nach Verfasser in ähnlichen Fällen, die bei unmittelbarer Lebensgefahr zur raschen Entleerung drängen und wo keine ausreichende Wehentätigkeit zu erzielen ist, das Verfahren des konservativen vaginalen Kaiserschnittes, vermittelst dessen der Uterus sicher und am raschesten eröffnet und das Schwangerschaftsprodukt entfernt werden kann, in ernste Erwägung zu ziehen. Im vorliegenden Falle wirkte das Verfahren nach Verfasser bestimmt lebensrettend. Hinsichtlich der Technik des Verfahrens erschien es Verfasser wegen der Kürze der vorderen Scheidenwand und der Enge der Vagina in diesem Falle vorteilhaft, das vordere Scheidengewölbe der Quere nach zu eröffnen, während dasselbe sonst vielfach sagittal gespalten wird. Die seitlichen Gebärmuttergefässe wurden dabei nicht verletzt. Verfasser eröffnete darauf die Cervixwand und das untere Uterinsegment ohne Peritonealverletzung nur vorn (Hysterotomia vaginalis anterior), da ihm diese Öffnung hinreichend erschien, die relativ kleine Frucht samt Nachgeburt entfernen zu können, ohne durch gleichzeitige Spaltung der Rückwand der Gebärmutter die Gefahr der Blutung erhöhen, den Eingriff komplizierter und länger dauernder gestalten zu müssen, zumal da der Uterus erhalten bleiben sollte (konservativer vaginaler Kaiserschnitt).

Die Behandlung der Hyperemesis besteht nach Dr. Behm in Bettruhe, Verabreichung von auf Eis gekühlter Milch und eventueller Applikation von Nährklistieren und Eingiessungen von 3—4 Litern 0,6%igen Kochsalzlösung. Versagt diese Therapie, ist der Puls dauernd über 100, nimmt das Gewicht stark ab, dann ist der künstliche Abort indiziert. Die Kochsalzeingiessungen von 4—6 Liter pro die sollen unter niedrigem Druck jedesmal in der Menge von einem Liter erfolgen.

Aus den Versuchen, welche Prof. Winckel hinsichtlich der geeignetsten Kost für gesunde Wöchnerinnen machen liess, ergab sich namentlich auch das Resultat, dass Frauen schon in den allerersten Tagen des Wochenbettes Fleisch gut vertragen. Gleichwohl sei die Eierdiät die bessere, weil sowohl die Frau als das Kind dabei am besten gedeihe. Aus den Versuchen von Winckel ergibt sich ferner, dass man mit Hilfe einer nahrhaften Kost für die Wöchnerinnen im stande ist, deren Gewichtsverluste im Wochenbette ganz oder fast ganz bereits innerhalb der ersten acht Tage desselben wieder auszugleichen. Winckel fügt hinzu, dass es auf dem Gebiete der Wöchnerinnendiät gelte, mit vielen Vorurteilen zu brechen. Direkte milchbereitende Nahrungsmittel gebe es nicht. Indessen ist in neuester Zeit von mehreren Beobachtern die Somatose als ein Mittel empfohlen worden, welches die Milchabsonderung stillender Frauen rasch steigere. Winckel glaubt nach seinen Erfahrungen, diese Empfehlung unterstützen zu dürfen. Das Präparat ist geruch- und geschmacklos und wird 3—4 mal täglich in Milch, Bouillon oder Kakao gegeben, zu je einem Teelöffel voll.

Dr. Hegar ist der Ansicht, dass nicht jeder frischer Dammriss genäht werden müsse. Er hält die Naht nur dann indiziert, wenn folgende Bedingungen zutreffen: Eine Beschaffenheit der Wunde, welche eine prima intentio mit Sicherheit oder grosser Wahrscheinlichkeit erwarten lässt, bei welcher kein zu weitgehender Riss im Septum rectovaginale, keine Quetschung und Sugillation besteht. Der Allgemeinzustand der Entbundenen muss so sein, dass der Eingriff gut und ohne Nachteil ertragen werden kann. Insbesondere muss eine bereits bestehende In-

Digitized by Google

fektion mit Sicherheit oder grosser Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden können, es darf keine Temperatursteigerung, kein auf Endometritis oder Kolpitis zurückzuführender Ausfluss bestanden haben. Die äusseren Verhältnisse müssen derart sein, dass die Operation mit allen Kautelen der Asepsis und Antisepsis technisch gut durchgeführt werden kann, und weiterhin müssen alle Bedingungen gegeben sein, die einen günstigen Heilungsverlauf unter Ausschluss einer Spätinfektion gewährleisten.

Dr. Abuladse (Kiew) äussert sich über die sekundäre Dammnaht folgendermassen: Die sekundäre Dammnaht im Wochenbett muss als prophylaktische Massnahme vielen gynäkologischen Erkrankungen gegenüber angewandt werden. Sie ist in Anbetracht ihrer Einfachheit und leichten Ausführbarkeit völlig gefahrlos, und ein Erfolg der Operation gehört zur Regel. Sie sollte deshalb für jeden Geburtshelfer obligatorisch sein, der zu einer kranken Wöchnerin mit nicht heilendem Dammriss gerufen wird. Über die Operationsmethode gilt folgendes: Nach Desinfektion der äusseren Genitalien und der Scheide bestreiche man, um eine sichere Keimfreiheit zu erreichen, das Granulationsgewebe mit Jodtinktur. Hierauf führe man die nötige Anzahl tiefer Nähte unter dem zu vernähenden Wundboden hindurch, worauf man mit dem scharfen Löffel schnell die Granulationen entfernt und endlich die Nähte knüpft, die nicht vor dem fünften bis sechsten Tage nach der Operation zu entfernen sind.

An Prof. Ahlfelds Klinik wird die Prophylaxe der puerperalen Mastitis folgendermassen gehandhabt: Es wird eine Lösung von 1000 g 96 %igem Alkohol und 100 g Tannin vorrätig gehalten. Jeden zweiten Tag werden die Warzenhöfe und die Warzen sämtlicher Schwangeren zunächst mit Wasser rein abgewaschen, dann vorsichtig abgetrocknet und mit erwähnter Tannin-Alkohollösung betupft, und zwar mittelst Watte. Die Schwangeren stehen, wenigstens in der kalten Jahreszeit, an einem wohlgeheizten Ofen und lassen die befeuchtete Partie einfach unter der Ofenwärme trocknen, ehe die Leibwäsche wieder angezogen wird.

Bezüglich der Medullarnarkose in der Geburtshilfe werden von Dr. Demelin folgende Indikationen aufgestellt: 1. Die geburtshilflichen Operationen, die eine Anästhesie fordern, mit Ausnahme derjenigen, bei welcher die Hand in das Cavum uteri eingeführt wird. 2. Schmerzen von grosser Intensität, wie solche manchmal das Ende der Geburt begleiten. 3. Ausgesprochene Langsamkeit der Geburt infolge Schwäche und Unregelmässigkeit der Wehen. 4. Tendenz zu Blutungen. Kontraindikationen sind: 1. Läsionen des Herzens oder der grossen Gefässe, 2. chronische Erkrankung der Respirationsorgane, 3. Erkrankungen der nervösen Zentren, insbesondere das Vorhandensein von Gehirntumoren, 4. Unmöglichkeit der aseptischen Ausführung der Injektion.

Zur Pflege der weiblichen Schönheit während der Schwangerschaft und im Wochenbett empfiehlt Dr. Dietrich (Köln) folgendes. Die Verhinderung der Ausbildung eines starken Unterleibes geschieht durch eine zweckentsprechende Binde, die von der Mitte der Schwangerschaft an getragen werden soll. Vorbedingung ist der Fortfall des Korsetts in der Schwangerschaft, weil es das Emporsteigen des Uterus hindert, ihn vielmehr zwingt, nach vorne auszuweichen. Eine gute Schwangerschaftsbinde muss dicht über dem Schambein am festesten sitzen. Hier muss sie durch einen unterhalb der Darmbeinkämme rings um das knöcherne Becken verlaufenden Gurt ihre Stütze finden. Da der Druck des schwangeren Uterus nach vorne und unten geht, soll sie in umgekehrter Richtung den Leib nach oben und rückwärts heben. Dazu braucht sie nicht über Nabelhöhe zu reichen. Der Zweck ist erreicht, wenn einer Überdehnung der vorderen Bauchwand vorgebeugt wird. Im Wochenbett soll sich die Muskulatur der Bauchwand zu ihrer früheren Spannung zurückbilden. Ein überdehnter oder unelastischer, schwacher Muskel kann es nicht ohne Hilfe. Hier ist die Wickelung des Leibes, abgesehen von unzweckmässigen anderen Massnahmen, ein guter, auch ziemlich ver-

Digitized by Google

breiteter Gebrauch. Leider wird der Zweck vielfach verfehlt, weil eine gute Wickelung nicht leicht ist und ferner, weil sie den Frauen lästig ist und nicht lange genug angewandt zu werden pflegt. Verfasser empfiehlt statt dessen die Anlegung von Heftpflasterkorsetts. Es werden zwei Stück Heftpflaster genommen, je 20 cm breit und 25 cm lang. An beiden Stücken wird der Deckmull nur zur Hälfte entfernt und sie dann vom Rücken her so über die Seite der Frau geklebt, dass die unteren Ränder mit dem Schambein abschliessen, während die sich gegenüberliegenden freien Ränder gut handbreit voneinander entfernt bleiben. Diese freien Ränder sind umgeschlagen und tragen jederseits fünf Schuhhaken. Klebt das Pflaster fest, so werden die Haken durch ein Bändchen zusammengeschnürt, je nachdem es angenehm ist. Dieser Verband wird gerne getragen, er ist leicht herzustellen, billig und durchaus zweckentsprechend, denn er kann sich nicht verschieben. Er hält solange, als die Frau das Bett hütet, also ca. 14 Tage. Aber auch nach dem Aufstehen bedarf der Leib meistens noch einer Stütze. Jetzt ist eine gute Wickelbinde mehr am Platze. Am besten ist stets eine leichte Leibbinde, die von einer Bandagistin ad hoc nach Mass angefertigt wird. Das ist vielen zu kostspielig. Verfasser hat nach einem ausländischen Vorbilde eine Binde für das Spätwochenbett anfertigen lassen, die sich gut bewährt hat. Sie besteht aus einem ca. 25 cm breiten Streifen festen Gewebes (englisch Leder), der in leichtem Bogen geschnitten ist. Die freien Ränder verlaufen schräg konvergierend, so dass der untere Teil der Binde, der um das Becken zu liegen kommt, etwas weiter ist, als der obere. Vorne an den freien Rändern sind abwechselnd Strippen und Schnallen befestigt. Zwecks Anlegung legt die Frau sich mit blossem Leib auf die flach ausgebreitete Binde, zieht sie tief ins Kreuz hinunter, schlägt die freien Enden jederseits nach vorn und schnürt nun von unten anfangend die Schnallen fest. Die Befestigung mit den vielen Schnallen ermöglicht es, der Binde unterhalb der Darmbeinkämme einen festen Sitz zu geben, wodurch das Rutschen verhindert wird. Diese Binde hat sich als zweckentsprechend bewährt, sie ist durch kein Patent geschützt und kann von jedem Bandagisten angefertigt werden, dabei ist sie leicht und wird gerne getragen.

Prinzipien und Gefahren der Abortbehandlung von Prof. Sellheim (Münch. med. Wochenschr. — Schm. Jahrb. 277. Bd. 1. H.). — Über den Abortus mit besonderer Berücksichtigung der Therapie in der Landpraxis von Dr. Walther (Samml. med. Abh. aus dem Geb. d. Frauenheilk. — Schm. Jahrb. 278. Bd. 4. H.). — Über die Berechtigung der Perforation des lebenden Kindes von Prof. Hofmeier (Zeitschr. f. Gynäk. u. Geb. 48. Bd. 2. H. — Schm. Jahrb. 278. Bd. 5. H.). — Zur Frage über die Anwendung der Zange bei der vorderen Gesichts- und Stirnlage von Prof. Stroganoff (Monatsschr. f. Geb. — Schm. Jahrb. 277. Bd. 2. H.). — Über Hinterscheitelbeineinstellungen von Dr. Zangemeister (Heg. Beitr. 6. Bd. 3. H. — Prag. med. Wochenschr. Nr. 48). — Äussere Wendung bei Steisslagen gegen Ende der Schwangerschaft von Prof. Spencer (Brit. med. journ. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 11. H.). — Ein neuer Vorschlag zur Behandlung des nachfolgenden Kopfes von Dr. Steffeck (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 3. — Schm. Jahrb. 279. Bd. 7. H.). — Zur Therapie des engen Beckens von Dr. Magnus (Monatsschr. f. Geb. u. Gynäk 17. Bd. 2. u. 3. H. — Schm. Jahrb. 279. Bd. 9. H.). — Die Behandlung der Geburt bei engem Becken in der Privatpraxis von Dr. Müller (Münch. med. Wochenschr. Nr. 6. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 12). — Über die Erweiterung der Cervix durch das Bossische Instrument von Dr. Blau (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 8). — Über instrumentelle Dilatation der Cervix resp. des Muttermundes an der hochschwangeren oder kreissenden Gebärmutter von Dr. Zangemeister (Zentralbl. f. Gynäk. Nr. 4). — Ist die Bossische Methode wirklich als ein Fortschritt in der operativen Geburtshilfe zu bezeichnen? von Prof. Dührssen (Arch. f. Gynäk. 68. Bd. 2. H.). — Über künstliche Frühgeburt von Prof. Knapp (Klin.-ther. Wochenschr. Nr. 12). — Dr. Ihl über Geburten nach Symphyseotomie in der Fränkischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie (Münch. med. Wochenschr. Nr. 14). — Die Wehenschwäche und ihre physikalisch-diätetische Behandlung von Dr. Winkler (Arch. f. phys. diät. Ther. 1. H. — Medico Nr. 7). — Über Missed labour und Missed abortion von Dr. Fränkel (Volkm. Samml. Nr. 351. — Ther. Monatsh. 9. H.). — Über die Expression der Placenta von Dr. v. Budberg (Shurn. ak. Nr. 3. — Rev. d. russ. med. Zeitschr. Nr. 8). — Zur Behandlung der Hämatocelen von Prof. Zweifel (Münch. med. Wochenschr. Nr 19. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 40). — Zwei Fälle von gleichzeitiger Extra- und Intrauteringravidität von Dr. Meyer (Zentralbl. f. Gynäk. Nr. 45. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 48). — Über die Behandlung der Uterusruptur von Prof. Zweifel (Heg. Beitr. 7. Bd 1. H.). — Schwangerschafts- und Geburtsverlauf nach einer Gebärmutterruptur von Prof. Stroganoff (Zeitschr. f. Geb. und Gynäk. 48. Bd. 1. u. 2. H.). — Über Prolaps des schwangeren

Digitized by Google

Uterus, insbesondere dessen Therapie sub partu von Dr. Seitz (Beitr. z. Geb. u. Gynäk. — Schm. Jahrb. 277. Bd. 2. H.). — Beitrag zur operativen Behandlung der Myome in der Gravidität von Dr Frank (Monatsschr. f. Geb. u. Gynäk. 17. Bd. 4. H. — Münch. med Wochenschr. Nr 28). — Prof. Dührssen über die Verwendbarkeit der Geburtsstörungen nach Vaginifixation auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Kassel (Med. Woche Nr. 44). — Beitrag zur Therapie der Eklampsie von Dr. Ostrčil (Arch. f. Gynäk. — Medico Nr. 4). — Die sofortige Entbindung ist die beste Eklampsiebehandlung von Prof. Bumm (Münch. med Wochenschr. — Medico Nr 22). — Neuere Untersuchungen über das Wesen der Eklampsie und Gesichtspunkte über die Behandlung der Krankheit von Dr. Dienst (Volkm. Samml. — Schm. Jahrb. 278. Bd. 4. H.) — Behandlung der Eklampsie mit Veratrum viride von Dr. Mangiagalle (Ann. di ost. e gin. — Zentralbl. f. d. ges. Ther 3. H.). — Puerperale Eklampsie, betrachtet unter dem Gesichtspunkt einer Störung der Schilddrüsenfunktion, und ihre Behandlung mit Schilddrüsenextrakt von Dr. Nicholson (Brit. med. Journ. — Ther. Monatsh. 8. H.). — Prof. Bumm, Prof. v. Winckel, Prof. Fehling, Prof. Krönig und Prof. Hofmeier über die Beziehungen des Streptococcus zur puerperalen Sepsis auf dem Gynäkologenkongresse zu Würzburg (Münch. med Wochenschr Nr. 27). — Prof. Döderlein über Entstehung und Verhütung des Kindbettfiebers ebendaselbst (Ebendaselbst). — Über das Eindringen von Badewasser in die Scheide von Schwangeren und Gebärenden und über die Zweckmässigkeit des Bades bei denselben von Dr Hertzka (Monatsschr. f. Geb. — Schm. Jahrb. 278. Bd. 4. H.). — Zur Behandlung des Puerperalfiebers von Prof. v. Herff (Korresp.-Bl. f. Schw. Ärzte Nr. 2. — Schm. Jahrb. 278. Bd. 8. H.). — Zur Prophylaxe und Therapie des Puerperalfiebers von Prof. Fehling (Münch. med. Wochenschr. Nr. 33. — Med. Blätter Nr 35). — Zur Behandlung der vom Uterus ausgehenden septischen Infektion von Dr. Weissmann (Ärztl. Rundschau Nr. 15). — Beitrag zur Behandlung der puerperalen Sepsis von Dr. Reidhaar (Monatsschr. f. Geb. u. Gynäk. — Schm. Jahrb. 279 Bd. 8. H.). — Zur Kasuistik der intravenösen Kollargolbehandlung septischer Prozesse von Dr. Jaenicke (Deutsche med Wochenschr. Nr. 6). — Marmorekesches Antiseptokokkenserum bei Puerperalfieber von Dr. Steinhauer (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 12). — Über die Exstirpation des puerperalseptischen Uterus von Dr. Gradewitz (Münch. med. Wochenschr. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 2). — Die Einleitung der Geburt wegen innerer Erkrankungen von Prof Schauta (Wien. med. Wochenschr. Nr. 1–5. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 32). — Prof. Veit und Prof. Ahlfeld über Tuberkulose und Schwangerschaft auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Kassel (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 40). — Über Indikation der Einleitung der Geburt bei Hyperemese und Kardiopathie von Dr. Tuszkai (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 35). — Zum konservativen vaginalen Kaiserschnitt, ausgeführt wegen unstillbaren Erbrechens in der Schwangerschaft (Zentralbl. f. Gynäk. Nr. 16). — Dr. Behm über Hyperemesis gravidarum in der Berliner medizinischen Gesellschaft (Med. Woche Nr 9) — Zur Ernährung im Wochenbette von Prof. v. Winckel in Prof. v. Leydens Handbuch der Ernährungslehre und Diätetik (Schw. Blätter f. Gesundheitspfl. Nr. 15). — Über die Behandlung des frischen Dammrisses von Dr. Hegar (Münch. med. Wochenschr. Nr. 44). — Über sekundäre Dammnaht im Wochenbett von Dr. Abuladse (Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 10 H. — Medico Nr 43). — Die Prophylaxe der puerperalen Mastitis von Prof. Ahlfeld (Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk. — Allg med. Zentral Ztg. Nr. 12). — Das Kokain in der Geburtshilfe von Dr. Demelin (Obstétrique. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 7. H.) — Die Pflege der weiblichen Körperschönheit während der Schwangerschaft und im Wochenbett von Dr. Dietrich (Münch. med. Wochenschr. — Medico Nr. 34).

Gehirn-, Schädel- und Rückenmarkschirurgie. Dr. Fürstner (Strassburg) berichtet über vier von Prof. Madelung operierte Fälle von Tumor bezw. Abscessus cerebri, in denen die Diagnose Tumor bezw. Abszess aus sicheren Symptomen zu stellen war ohne, dass die Möglichkeit einer genauen Lokalisation bezw. Zugänglichkeit für das Messer vorlag. Die Trepanation mit Duraeröffnung wurde als Palliativoperation ausgeführt. Ein Tumor oder Abszess wurde in keinem Falle aufgefunden, dagegen in jedem Fall vermehrte Spannung des freigelegten Gehirns. Der Erfolg war in allen Fällen überraschend günstig, das Sehvermögen besserte sich, auch wo hochgradige Stauungspapille bestanden hatte, stets, in einem Falle kehrte sogar nach völliger Blindheit vorübergehend Lichtschein wieder, die Kopfschmerzen schwanden. das Gewicht zeigte eine Zunahme von durchschnittlich 20—25 Pfund. Von diesen vor 1 bezw. 3/4 Jahr operierten Fällen, stehen drei als dauernd gebessert noch in Beobachtung, einer ist an einem interkurrenten Leiden (Aneurysma der Lunge) nicht an den Folgen der durch die Sektion bestätigten vier Kleinhirntumoren oder der Operation gestorben. Die Operation wurde mit Wagnerschen Hautknochenlappen zweizeitig ausgeführt, so dass die Eröffnung der Dura erst zwei bis drei Tage später erfolgte. Der Schädelknochen wurde reseziert. Es kam regelmässig zu Hirnbrüchen (bis zu Apfelgrösse), jedoch bildeten sich diese, ausgenommen ein Fall, in dem die Hernie infolge zu früh verrichteter körperlicher Arbeit mehrmals rezidivierte, stets vollständig zurück. Für die Behandlung der

Digitized by Google

Hernie hält Fürstner die rechtzeitige Bedeckung mit normalen Hautlappen, namentlich zur Verhütung von Infektion, für wesentlich. Fürstner nimmt, insbesondere auch im Hinblick auf den einen Sektionsbefund, an, dass die Trepanation den Hirndruck vermindere und durch Zirkulationsänderungen das Wachstum des Tumors beschränke. Er rät die Palliativoperation möglichst früh, d. h. bevor das Sehvermögen geschwächt ist, zu machen und stets zweizeitig. Von Punktion ist, wenn man nicht direkt auf den Tumor stösst, kaum Nutzen zu erwarten.

Prof. Bunge (Königsberg) hat Untersuchungen angestellt über die Folgen der Schädeldefekte und die Frage ihrer Deckung und ist zu folgenden Resultaten gekommen. Von den offenen Schädeldefekten haben die meisten dauernde Beschwerden zurückbehalten, und zwar um so grössere, je älter die Schädeldefekte waren. Einige haben richtige Epilepsie erworben. Gute Resultate haben aber die Fälle von primärer und sekundärer Deckung gehabt. Bei den sekundären Deckungen wurde sehr häufig Resorption des eingelegten Knochenstückes konstatiert. Daher wurde in der Königsberger Klinik wo möglich immer Deckung nach Müller-König gemacht.

Bezüglich der Behandlung der Schussverletzungen des Schädels steht Prof. v. Angerer (München) auf dem exspektativen Standpunkte v. Bergmanns: Die Umgebung des Einschusses wird sorgfältig desinfiziert, auf die Wunde selbst wird etwas Jodoform oder Dermatol gestreut und sterile Gaze auf einer Binde fixiert. Eine Desinfektion des Schusskanales, wie jede Sondierung wird unterlassen. Nur bei nicht penetrierenden Verletzungen kann sorgfältig sondiert und das Geschoss eventuell extrahiert werden; auch stärkere Blutung aus den Weichteilen kann eine Dilatation der Wunde zum Zwecke der Blutstillung erfordern. Zu einem weiteren operativen Eingriffe geben nur eine Blutung aus der Arteria meningea media mit Hirndruckerscheinungen oder umschriebene Störungen der motorischen Region, charakterisiert durch Krämpfe und Kopfschmerz, Anlass. Die Kugeln können im Gehirn reaktionlos einheilen und brauchen keinerlei Störungen verursachen.

Bei jeder spondylitischen Lähmung soll man nach Prof. Tillmans (Leipzig) zuerst die unblutige (orthopädische) Behandlung durch Extension und durch allmählich redressierende und fixierende Lagerungs- und Stützapparate anwenden. Je früher diese sachkundig durchgeführte orthopädische Behandlung mit einer entsprechenden Kräftigung des Allgemeinbefindens stattfindet, um so eher ist es möglich, die spondylitische Lähmung und mit ihr die Spondylitis überhaupt zu heilen. Tillmans hat niemals eine spontane Dauerheilung oder eine andauernde Besserung einer spondylitischen Lähmung infolge der unblutigen Behandlung gesehen. Die operative Behandlung der spondylitischen Lähmungen kann zwei Wege einschlagen, um die vorhandene Ursache, den Druck durch epidurale Exsudate, bezw. Abszesse, durch peripachymeningitische Granulationen, durch Bindegewebewucherungen oder durch Knochen zu beseitigen; einmal durch Blosslegung der meist im Wirbelkörper befindlichen Krankheitsherde, durch seitliches Eingehen bis zur Vorderfläche der Wirbel (Costo-Transversektomie) oder durch Eröffnung des Wirbelkanales, durch Resektion des Wirbelbogens, durch Laminektomie. Tillmann hat 11 Laminektomien wegen spondylitischer Lähmung bei Kindern im Alter von 1¾—14 Jahren vorgenommen. Sämtliche Kranke überstanden den operativen Eingriff ohne Schaden. Bei 10 Kranken war die Laminektomie erfolgreich. Die Dauerresultate aber sind ungünstig; es leben nur noch 3 Kranke.

Prof. Joachimsthal (Berlin) teilt einen Fall von Dorsalwirbelkaries mit, der durch operative Behandlung eines durch die Karies verursachten Abszesses am Halse — der Kranke wurde längere Zeit horizontal gelagert, deshalb erschien der Abszess am Halse — geheilt wurde, indem die spondylitische Lähmung vollkommen zurückging.

Einen Tumor, von der rechten Hälfte des 6. Wirbelkörpers ausgehend, der das Rückenmark komprimierte, entfernte Prof.

Digitized by Google

Israel (Berlin), worauf Rückbildung der Rückenmarkslähmung zu verzeichnen war.

Dr. Fürstner über Pathologie und operative Behandlung der Hirngeschwülste auf der Wanderversammlung der südwest-deutschen Neurologen und Irrenärzte zu Baden-Baden (Ther. d. Gegenw. 7. H.). — Prof. Bunge über die Bedeutung traumatischer Schädeldefekte und deren Deckung auf dem deutschen Chirurgenkongresse (Münch. med. Wochenschr. Nr. 25) — Über die Extraktion von Kugeln aus der Schädelhöhle von Prof. Angerer (Münch. med. Wochenschr. Nr. 1. — Schm. Jahrb. 278. Bd. 4. H.). — Über die Entstehung und Behandlung der spondylitischen Lähmung von Prof. Tillmans (Arch. f. klin. Chir. 69. Bd. 1. u 2. H. — Schm. Jahrb. 278. Bd. 4. H.). — Dr. Joachimsthal über operativ geheilte spondylitische Lähmung im Verein für innere Medizin zu Berlin (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 16). — Prof. Israel über eine operativ geheilte Rückenmarkslähmung ebendaselbst (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 12).

Gelbes Fieber. Dr. Havelburg (Rio de Janeiro) hat die Angaben und Experimente von Sanarelli, der einen für das gelbe Fieber spezifischen Mikroorganismus beschrieben hat, nachgeprüft, kam aber durchaus zu davon abweichenden Resultaten. Auch die Heilserumtherapie des gelben Fiebers nach Sanarelli muss Verfasser als nicht berechtigt erklären. Sodann erwähnt Autor die Untersuchungen, welche von den Amerikanern nach der Eroberung von Kuba hinsichtlich des gelben Fiebers angestellt wurden. Die Experimente der betreffenden Kommission ergaben, dass der Stich von Moskiten, welche vorher Gelbfieberpatienten gebissen hatten, nicht immune Personen meist infizierte. Eine Infektion durch die Gebrauchsgegenstände der Kranken liess sich nicht herbeiführen. Durch direkte Blutinjektionen konnte Gelbfieber erzeugt werden. Die in Betracht kommende Moskitenart gehört zur Kulexgruppe. Der Keim selbst ist bisher weder im Insekt, noch im Blute des Kranken gefunden worden. Die Epidemiologie des Gelbfiebers wird nur an der Hand der Moskitenlehre verständlich. Da das gelbe Fieber nicht direkt übertragbar ist, so werden die Quarantänevorschriften gegenüber Personen, Sachen oder Schiffen, die aus infizierten Gegenden kommen, sich allmählich umändern.

Über die Beziehungen der Moskiten zum gelben Fieber von Dr. Havelburg (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 32. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 33).

Gicht und harnsaure Diathese. Bezüglich der Theorie der Gicht stehen nach Prof. Minkowski (Köln) zwei Tatsachen fest: Die Ablagerung des Natriumurates in den Gichtherden und die Erhöhung des Harnsäuregehaltes im Blute der Gichtkranken. Die Ursache dieser Tatsachen sieht Minkowski in einem abnormen Verlauf des Nukleinumsatzes, welcher es bedingt, dass die aus der Puringruppe der Nukleinsäure gebildete Harnsäure nicht diejenigen Verbindungen eingehen kann, durch welche unter normalen Verhältnissen ihr Transport und ihr weiteres Schicksal im Organismus vermittelt wird.

Dr. Levison behauptet, dass wir auf dem jetzigen Standpunkt unseres Wissens nur einen einzelnen rationellen Anhaltspunkt für die diätetische Behandlung der Arthritis haben, nämlich die Menge der purinhaltigen Nahrungsmittel einzuschränken, um dadurch die exogene Harnsäurebildung zu vermindern. Der Verfasser gibt in Tabellen den Puringehelt verschiedener Nahrungsmittel an. Das beste wäre, Fleisch ganz auszuschliessen und nur Milch, Eier, Käse, Weizenbrot und gewisse Gemüse zu erlauben, aber die Ernährung leidet bei einer solchen einförmigen Kost. Der Verfasser erlaubt ca. 200 g Fleisch täglich (dessen Puringehalt ca. 10—20 cg ist, von welchem die Hälfte als Harnsäure und Xanthinbasen im Harn wieder gefunden werden). Leber, Brieschen und die Extraktivstoffe des Fleisches sind wegen ihres hohen Puringehalts verboten, ebenso Hafer- und Erbsenmehl, Linsen, Bohnen und Spargel, dagegen sind Kartoffel, Weizenbrot, Tapioka, die meisten Gemüse und Kohlarten erlaubt. Wasser und Milch dürfen die Patienten unbeschränkt trinken, dagegen nur wenig Kaffee und Schokolade; schwacher Tee ist erlaubt; von den Mineralwässern nur die schwachen, dagegen nicht ohne besondere Indikationen (Magendarmleiden, Nierenleiden), Vichy- oder Karlsbaderwasser, da diese das Serum mehr natronhaltig machen und dadurch das Biurat leichter auskristallisiert. Bier und stärkere alkoholische Getränke sind verboten, auch alle irritierenden Stoffe, wie scharfe Gewürze, alter Käse und Wildbret mit „haut

Digitized by Google

goût". Mässige Körperbewegungen (z. B. Radfahren) sind zu empfehlen. Möglicherweise komplizierende Magendarmleiden müssen natürlich berücksichtigt werden.

Der Arthritiker bedarf nach Dr. Pascanet vor allem der Alkalien, die er durch Früchte und Gemüse zuführen soll. In der Diät sollen daher Brot und Kartoffel prävalieren; die Obstkur kann mit Trauben, Erdbeeren, Äpfeln, Kirschen, Pflaumen, Orangen, ja mit Zitronen gemacht werden. Obst wirkt bei Arthritis ähnlich wie alkalisches Wasser; die abführende Wirkung bekämpft gleichzeitig Ursache und Effekt der arthritischen Affektion. Autor empfiehlt Früchte zum ersten Frühstück, selbst im Bett zu nehmen.

Dr. Bardet (Paris) berichtet über günstige Resultate, die er bei Gichtischen überhaupt, besonders aber bei jenen, welche gleichzeitig an Entzündungszuständen der Harnwege (infolge von Nierensteinen) leiden, durch innerliche Darreichung des Chinoformins, einer Kombination der Chinasäure mit Urotropin, erlangte. Dies neue Präparat, das dem Sidonal (chinasaures Piperazin) analog ist, kann, da es keine toxischen Eigenschaften besitzt, in sehr grossen Dosen (bis zu 12,0—15,0 pro die) gegeben werden, jedoch genügen schon Dosen von 2,0 - 4,0 pro die, um den gewünschten therapeutischen Effekt zu erhalten. Das Chinoformin wird in Oblaten oder in Lösung (es löst sich leicht in Wasser) verschrieben.

Die vom Menschen gut vertragenen Dosen von 0,3—0,5 Rhodannatrium stumpfen nach Dr. Treufel und Dr. Edinger bei fortgesetzter Darreichung die Azidität des Harnes beträchtlich ab, gleichzeitig ist die Harnsäure- und Phosphorsäureausscheidung vermindert.

Die Gicht von Prof. Minkowski in Prof. Nothnagels Spezieller Pathologie und Therapie 7. Bd. 3. Teil. (Verlag von Hölder, Wien). — Über die diätetische Behandlung der Arthritis von Dr. Levison (Nord. Tidsskr. f. Ther. 4. H. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 30). — Die natürliche alkalische Medikation von Dr. Pascanet (Zentralbl. f. d. ges. Ther. 6. H.). — Dr. Bardet über Chinoformin bei Gicht in der Société de thérapeutique zu Paris (Ther. d Gegenw 8. H.). — Untersuchungen über Rhodanverbindungen von Dr. Treupel und Dr. Edinger (Münch. med. Wochenschr. — Schm. Jahrb. 279. Bd. 8. H.).

Glykosal. Glykosal ist, wie Dr. Ratz (Erlangen) mitteilt, ein Monosalizylsäureglyzerinester, der ein weisses, leichtes Kristallpulver darstellt. In Form äusserer Applikation, als 10—20%ige Salbe mit indifferenter Salbengrundlage, oder Ol. Terebinthinae, Chloroform, endlich in alkoholischer Lösung zeigt das Mittel — durch Resorption der Salizylsäure — gute Wirkung in jenen Fällen, wo Salizylsäure bezw. Natr. salicyl. überhaupt angezeigt ist. Autor hat das Mittel auch innerlich in Dosen von 2 g fünf und mehrmal täglich in Oblaten bei rheumatischen Affektionen mit gutem Erfolge angewendet. Im Gegensatz zu dem salizylsauren Natron belästigt das Glykosal den Magen fast nie, da es erst im Darm durch das Alkali des Magensaftes verseift wird. Die Firma E. Merck, Darmstadt, bringt das Mittel in den Handel.

Über Salizylsäureglyzerinester (Glykosal) von Dr. Ratz (Ther. Monatsh. 9. H.).

Gonorrhöe. Dr. Meyer, der die mikroskopische Untersuchung des Urethralsekretes bei chronischer Gonorrhöe für völlig unzuverlässig hält, empfiehlt zum Erhalt einer unzweifelhaften Diagnose die Anlegung von Reinkulturen. Die Fäden werden auf einen Nährboden von 3½% Agar, 5% Pepton, 2% Glyzerin und 0,5% Kochsalz (dem ⅓ Volum sterile Ascites-Flüssigkeit zugesetzt wird), zu Kulturen gezüchtet. Von 90 untersuchten Fällen ergaben Mikroskop und Kultur in nur 58 Fällen übereinstimmende Resultate. In den übrigen 32 Fällen versagte das mikroskopische Präparat, während die Kultur deutlichen Gonokokkenbestand zeigte. Autor verweist auf den hohen diagnostischen, infolgedessen auch therapeutischen Wert dieser Methode, die den Vorteil hat, dass die bisher geübten Versuchs-Reizungen der Urethra und Prostata durch Argentum nitricum oder Alkoholika, die zu Exacerbationen führen können, hierbei vermieden werden.

Bei akuter Gonorrhöe empfiehlt Dr. Pick das Albargin, eine wasserlösliche Verbindung von Argentum nitricum mit Gelatine, das vor dem Protargol den Vorzug hat, mehr Silber zu enthalten, durch

Digitized by Google

tierische Membranen besser zu dialysieren, neutral zu reagieren und billiger zu sein. Die einfachste Form der Anwendung ist die, dass man den Kranken in der 1. Woche 3 mal täglich 5 Minuten lang eine $^1/_4$ %ige Lösung einspritzen lässt, in der 2. Woche steigt man auf $^1/_2$ %ige, in der 3. Woche — wenn es nötig sein sollte — auf 1 %ige Lösung. Die Einspritzungen brennen, doch ist der Schmerz kaum jemals so heftig, dass man aussetzen müsste. Die erste Wirkung ist ein schnelles Verschwinden der Gonokokken, später beruhigt sich auch die Absonderung. Die 1%ige Lösung wirkt stark adstringierend.

Dr. Schwab hat an Prof. Jacobys Klinik in Freiburg i. B. während dreier Jahre bei der Behandlung der Gonorrhöe das Crurin (Chinolin-Wismutrhodanat) benutzt. Bei den Fällen, die ausschliesslich mit Crurin behandelt wurden, verschwanden die Gonokokken in durchschnittlich 20 Tagen; das Sekret verschwand erst nach etwa 30 Tagen. Leichte Schmerzen traten wiederholt bei den Cruringinjektionen auf, ohne jedoch dazu zu nötigen, von der Weiterverwendung des Mittels Abstand zu nehmen. Unter 39 Fällen wurde in 19 durch Crurin allein eine vollkommene Heilung der Gonorrhöe erzielt. Die Zahl der Komplikationen war eine verhältnismässig kleine. Angewendet wurde eine $^1/_2$ %ige Suspension des Crurin in Wasser nach folgender Vorschrift:

Rp. Crurini 1,0
contere cum
Aq. dest.
Glycerin. āā 5,0
adde paullatim
Aq. dest. q. s. ad 200,0

Jedes Präparat mit rötlichem Satz ist zurückzuweisen, es muss eine fast rein weisse Schüttelmixtur sein.

Nach Dr. Stern (Berlin) ist Crurin 1. ein gonokkentötendes Mittel, 2. ein Adstringens, 3. in $^1/_2$ bis 1 %igen Emulsionen reizlos. Ferner hinterlässt dasselbe keine Flecke auf dem Körper oder der Wäsche und hat schon nach den ersten Injektionen den Erfolg, den Ausfluss erheblich zu vermindern oder gar zum Stehen zu bringen. Heilung erfolgt bei der akuten Gonorrhöe viel schneller und sicherer (Gonokokken verschwanden in sämtlichen Fällen spätestens schon in der 4. Woche, meist sogar in der 1. Woche) als bei Anwendung jedes anderen Mittels.

Dr. Benaris gibt unter dem Titel Urosanol einen Apparat zur Therapie der akuten Gonorrhöe an, der im wesentlichen aus Glasröhrchen mit Protargolgelatine (1—3—5 %) besteht. Der Inhalt eines solchen Röhrchens, für einen Tag, bezw. für vier Injektionen berechnet, wird mittelst eines graduierten Holzstempels durch ein Korkplättchen und eine Gummiolive oder einen 8 cm langen, weichen Katheter, Filière Nr. 13, in die Urethra gebracht und bis zu 15 Minuten belassen. Der Katheter ist in einer starren antiseptischen Lösung, die auch etwas Adrenalin enthält, untergebracht. Die Gelatine als Vehikel soll gegenüber den wässerigen Lösungen den Vorteil der leichteren Resorbierbarkeit und der konstanten Konzentration bedeuten. Bakteriologische Prüfungen und praktische Versuche an einem allerdings geringen Materiale ergaben sehr befriedigende Resultate.

Dr. Scharff (Stettin) hat das Urosanol in drei Fällen von akuter Gonorrhöe erprobt. Verfasser glaubt, dass man in denjenigen Fällen, in welchen die Entzündungserscheinungen geringfügig sind und der Patient kurz nach der Infektion in die Behandlung tritt, ohne Zögern mit dem 3 %igen, ja sogar mit dem 5 %igen Präparat sofort beginnen kann. Sind Fluor und Gonokokken am 6. oder 7. Tage z. B. verschwunden, darf man hoffen, dass es gelungen ist, den Prozess zu kupieren. Weitere Beobachtungen müssen aber das Resultat bestätigen. Bei heftiger Entzündung beseitigt er zuerst durch kühlende Umschläge und interne Medikation die initialen stürmischen und schmerzhaften Symptome und leitet erst dann die lokale Behandlung ein, in solchen Fällen zunächst mit einer ganz milden Injektion von etwa Sol. Kalii hyperm. 0,01 : 200,0, bevor er das 1 %ige Urosonal verordnet, dem er bei weiterer Abnahme der Reaktionserscheinungen die höher prozentuierten Präparate folgen lässt. Über drei Wochen hinaus würde er die Urosanoltherapie nie ausdehnen. Sind Fluor und Gonokokken dann noch nicht geschwunden, muss man zu anderen Mit-

Digitized by Google

teln greifen, da in diesen Fällen die Kokken sich noch derartig in Drüsen und Lakunen zurückgezogen haben, dass man dieselben später mechanisch durch Dilatation aufstöbern oder auf elektrolytischem Wege samt ihrer Umgebung vernichten muss.

Dr. Engelbreth empfiehlt zur Abortivbehandlung der Gonorrhöe eine methodische, schichtweise Destruktion des Epithels mit $^1/_5$—$^1/_3$%igen Lapisausspülungen der Pars anterior urethrae. Die Behandlung kann nur mit Erfolg gegen epitheliale Gonorrhöe benutzt werden. Die epitheliale Gonorrhöe ist durch fehlende Entzündung des Orificium am 1.—3. Tage charakterisiert. Verfasser publiziert 30 Fälle, 17 ohne Entzündung des Orificium, von welchen Heilung in 15 eintrat im Verlaufe von zwei Tagen. Zur Spülung wurden 500 g der Lösung benutzt; die Anzahl der Spülungen muss wenigstens vier sein; die erste wird in der ersten Sprechstunde, die nächste 6—12 Stunden danach, die folgenden werden nach 10—20stündlichem Aufenthalte gegeben. Die Spülung nahm nur die Pars anterior urethrae ein. Der Druck der Flüssigkeit während der Ausspülung war 75 bis 125 cm, die Temperatur 36° C. Vor den Ausspülungen wurden 2—3 g einer 3%igen Kokainlösung in die Urethra injiziert. Als Nachkur wurde 1,5 g Äther olei santali zweimal täglich benutzt; die Strangurie musste während der Behandlung zuweilen mit Injektion $^1/_2$%iger Kokainlösung bekämpft werden.

Dr. Kotz empfiehlt die Behandlung der akuten und subakuten Gonorrhoea anterior mit rücklaufigen Einspritzungen stärkerer Silber-Lösungen. Das diesen Zwecken dienende Instrument ist eine 3 ccm haltende Spritze, welche einem ungefähr 18 cm langen, gegen das Ende zu etwas gebogenen Hartgummirohr mit aufgeschraubtem, olivenförmigen Kopf und seitlichen Öffnungen an dem letzteren aufgesetzt wird, im ganzen der wohlbekannte Ultzmannsche Instillator. Das Instrument wird bis zum Bulbus eingeführt, die Spritze entleert, wobei die Harnröhrenmündung durch Zusammendrücken geschlossen wird, hierauf die Spritze entfernt, die Lösung, ($^1/_2$—$1^1/_2$% Argentum nitricum) aber erst nach einer Einwirkung von zwei Minuten abfliessen gelassen; in der Regel folgt dieser ersten Einspritzung noch eine zweite unter den gleichen Kautelen. Brennen tritt meist erst nach dem Abfliessen der Lösungen auf und hält sich in mässigen Grenzen. Dieses ursprünglich nur bei älteren Gonorrhöen in Anwendung gezogene Verfahren wurde im weiteren Verlaufe mit einigen Modifikationen auch bei frühen Stadien der Urethritis geübt, in sehr frühen Stadien das Ansatzrohr bloss bis in die Mitte der Pars pendula, in späteren bis zum Bulbus eingeführt; benützt wurden die neuen Silberpräparate, Argonin 10%, Protargol 2—4% und Albargin 1 und 2%; wenn auch die Reizwirkung dieser Mittel keine bedeutende ist, so genügt sie immerhin, die Sekretion zu vermehren, bezw. zu unterhalten, auch bei Schwinden der Gonokokken, weshalb die Pausen in der Applikation der Silberpräparate zur Verwendung von Adstringentien benützt werden. Ohne dass dieses Verfahren als Abortivverfahren angesehen werden darf, lässt sich dennoch sagen, dass eine Reihe von Fällen, die früh genug zur Behandlung kommen, tatsächlich in wenigen Tagen ablaufen. Natürlich ist die Behandlung nicht für alle Fälle anwendbar und führt auch nicht immer zu dem angestrebten raschen Resultat, doch kommt es nur selten zu Komplikationen, weil die Krankheitserscheinungen bereits früh auf einen geringen Grad beschränkt werden.

Dr. Schwenk teilt die Resultate mit, welche an der Kutnerschen Poliklinik bei der Behandlung der chronischen Urethritis anterior mittelst der von Kutner angegebenen Druckspülung gewonnen wurden. Die Methode wird am zweckmässigsten so ausgeführt, dass mittelst einer 100—120 ccm fassenden Handdruckspritze und eines ca. 4 cm langen Nelatonkatheters kurze und kräftige Injektionen mehrere Male hintereinander ausgeführt werden, wobei das Orificium urethrae um den Katheter komprimiert und dann zur Entleerung der Flüssigkeit wieder geöffnet wird. Zur Injektion wird Argentum nitricum verwendet: 1 ccm einer 5%igen Lösung auf 50 ccm Aqua dest. Die Resultate waren sehr befriedigende.

Die Darreichung des balsamischen Öls

Digitized by Google

des Santalum album ist nach Dr. Meissner (Berlin) indiziert bei Cystitis, bei Urethritis gonorrhoica posterior und bei Prostatitis gonorrhoica. An Stelle des Oleum santali ostindici der Pharmakopoe tritt mit Vorteil unter allen Umständen das Gonorol (für gewöhnlich 3,0 pro die).

Dr. Sigmund erprobte an der Posseltschen Klinik in München das Helmitol bei Erkrankungen der Urethra. Es zeigte sich, dass es keineswegs einen Einfluss auf den Entzündungsprozess oder gar auf die Gonokokken ausübt, trotzdem einzelne Kranke bis zu 100 g Helmitol in Tagesgaben bis zu 6 g brauchten — nebenbei ohne jegliche Nebenwirkungen! Es wirkte vielmehr nur in dem Sinne, dass der Harn sehr bald eine saure Reaktion annahm und dass er auch eine Desinfektion erfuhr, ein Umstand, dem auch schon Finger eine besondere Wichtigkeit beilegte, da hierdurch bei bestehender Urethritis posterior die Fortpflanzung der Entzündung auf die Blase verhindert werden kann. Ausserdem hat das Helmitol bei den meisten Kranken im symptomatischen Sinne sehr günstig eingewirkt, da es die subjektiven Beschwerden derselben abzuschwächen, ja selbst zu beseitigen im stande war.

In Fällen von subakuter Cystitis gonorrhoica hat sich Dr. Horovitz das von Einhorn eingeführte Methylenblau als vorzügliches Mittel bewährt. Man gibt davon 0,1—0,3 pro dosi in Oblaten oder in Pillenform, und zwar 3—4 solcher Pillen im Tage. Die Pillen sollen als Argentat, d. h. mit einer undurchgängigen Hülle dispensiert werden, da sie sonst an den Lippen und der Zunge der Kranken abfärben. Der Harn bekommt eine grünliche, bis blaue Farbe und lässt gewöhnlich der Harndrang schon am dritten, vierten Tage nach. Der Harn wird allmählich klarer und schwinden im spärlichen Sedimente die Bakterien in kurzer Zeit. Nach 10—14 Tagen pflegen alle Beschwerden zu zessieren und der Harn wird und bleibt klar. Selbstverständlich bleiben alle auf Diät und Lebensweise sich beziehenden Vorschriften und Massregeln aufrecht. Auch die mit Cystitis verbundenen aufsteigenden Pyelitiden werden durch Methylenblau günstig beeinflusst.

Dr. Marcuse berichtet über vier Fälle von Pyelitis gonorrhoica, die an der Klinik von Prof. Casper (Berlin) durch Spülungen des Nierenbeckens und Ureters mit Silbernitratlösungen zur Heilung gebracht wurden. Kontraindiziert ist nach Autor die Behandlung mit Nierenbeckenspülungen nicht nur solange akute Reizerscheinungen oder Entzündungen in den unteren Harnwegen bestehen, sondern auch da, wo in einem späteren Stadium der klinische Verlauf auf Eiterung in der Nierensubstanz hinweist. In allen Fällen aber ist diese lokale Behandlung des Nierenbeckens erst als letztes Mittel zu unternehmen, da ältere, zum Teil gute Beobachtungen von Spontanheilung gonorrhoischer Pyelitis vorliegen und namentlich die Behandlung der zu grunde liegenden Cystitis bisweilen Pyelitiden beseitigt. Wo aber einmal auf die Nieren weisende Erscheinungen im Verlaufe der Gonorrhöe aufgetreten sind, da ist längere Beobachtung auch nach dem Schwinden der subjektiven Beschwerden am Platze, damit eine latent sich entwickelnde Pyelitis nicht übersehen wird. Ein nach der Gonorrhöe zurückbleibender Eitergehalt der zweiten Harnportion erfordert, gleichviel ob er dauernd besteht oder intermittierend auftritt, in diesem Sinne ganz andere Beachtung als das Fortbestehen einiger Fäden im Harne.

In der überwiegenden Mehrzahl der gonorrhoischen Nebenhodenentzündungen tritt nash Dr. Baermann (Breslau) sehr rasch eine bisher klinisch nicht diagnostizierte Abszessbildung ein. Bei den zur Vereiterung kommenden Fällen tritt stets gleichzeitig eine mehr oder minder hochgradige Hydrocele auf. Baermann empfiehlt die frühzeitige Punktion der mit heftigen Entzündungserscheinungen einhergehenden Epididymitiden, da durch dieselbe eventuell Pseudoabszesse oder im Bindegewebe sitzende Abszesse zur Entleerung kommen. Auch die Punktion der Hydrocele ist zu empfehlen.

Dr. Abraham hat eingehende Untersuchungen über die von Landau als wirksam empfohlene Behandlung des

Digitized by Google

weiblichen Fluors mittelst Hefe angestellt und durch bakteriologische Versuche zu ermitteln versucht, in welcher Weise die Hefe auf die pathogenen Mikroorganismen der Scheide einwirkt. Er kommt zu dem Schluss, dass die bakterizide Wirkung der Hefe in chemischen Eigenschaften der Hefenenzyme zu suchen sei. Diese Enzyme werden von lebender Hefe direkt, besonders bei Asparaginzusatz, aus steriler Dauerhefe nur bei intensiver Gärung (durch Zuckerzusatz) gewonnen. Zur Behandlung empfiehlt Abraham Vaginalkugeln, welche aus Hefe, Asparagin und Gelatine hergestellt sind und mit flüssigem Paraffinöl umhüllt werden (Rheolkugeln, dargestellt in der Roten Adler-Apotheke Berlin C). Die Kranke führt sich selbst am Abend die Rheolkugel in die Scheide ein, am nächsten Morgen werden durch eine lauwarme Wasserspülung die Gelatinereste entfernt. Die erzielten Erfolge waren recht günstige. Blennorrhoische Erkrankungen der Vulva, der Scheide und des Uterus wurden der Behandlung mit Erfolg unterzogen; der Juckreiz und das Brennen wird geringer, der Ausfluss verliert seine eitrige Beschaffenheit, Erosionen der Portio heilen ab. Besonders günstig ist der Erfolg bei Endometritis cervicis, in allen Fällen verschwanden während der Behandlung die Gonokokken aus dem Sekret; gonorrhoische Urethritis hingegen wurde durch die Hefebehandlung nicht gebessert. Bei Endometritis corporis führt Abraham Stifte aus Hefe und Asparagin in die Cervix uteri ein.

Dr. Hirschl (Prag) nimmt die Scheidengonorrhöe möglichst frühzeitig in Behandlung und zwar hat sich ihm das Protargol auch bei der Vulvovaginitis, wenn es in konzentrierteren Lösungen angewendet wird, bestens bewährt. Er beginnt die Behandlung mit der Anwendung einer 10%igen in der Kälte dargestellten Glyzerinprotargollösung, welche 3—5 Tage zur Verordnung gelangt; in den folgenden 8—10 Tagen wurde täglich eine 5%ige Lösung angewendet, nach einer mehrtägigen Pause, in der Sodaausspülungen gemacht wurden, wurden 8—10 Tage lang an jedem zweiten Tage 3—4%ige Protargollösungen verwendet, an den Zwischentagen Ausspülungen mit Chlorzink (von einer 50%igen wässerigen Lösung ein Kaffeelöffel auf 1 Liter lauen Wassers) verordnet. Die Resultate waren günstig, Komplikationen sah Hirschl nie eintreten. Wichtig ist jedoch, dass die Protargollösung stets auf kaltem Wege dargestellt werden muss.

Dr. Parádi behandelt die Cervix- und Uterusgonorrhöe der Prostituierten mit Ausspritzungen der Gebärmutter. Zu diesem Zwecke bedient Parádi sich der neuen Braunschen Spritze, (2 ccm Inhalt, aufschraubbare Silberkanüle). Playfairsche oder Sängersche Sonden kamen bei der Behandlung bloss ausnahmsweise zur Geltung. Als Lösungen dienten Argentamin (10%) und in den letzten Jahren ein ganz neues Präparat, das Natrium lygosinat (Lygosin-Natrium) in 5%iger Lösung. Die Heilungsdauer schwankt bei den mit Argentamin behandelten Fällen innerhalb ziemlich weiter Grenzen, 12—115 Tage, die Mehrzahl heilt innerhalb 40 Tagen; als Heilungstermin wird der Tag angesetzt, von dem an im Sekrete des Uterus, bezw. Cervix keine Gonokokken mehr nachgewiesen wurden. Natürlich folgt diesem ersten negativen Befund noch eine weitere Beobachtungsdauer von mehreren Tagen. Die Zahl der intrauterinen Einspritzungen schwankt zwischen 3 und 21; ungeheilt blieben von 119 Kranken 12. Beim Lygosin-Natrium schwankt die Heilungsdauer zwischen 20 und 61 Tagen, die Gonokokken schwanden nach der 2. bis 26. Einspritzung, 3 Fälle von 107 blieben ungeheilt. Wichtig für den Begriff der Heilung wäre auch nach der Ansicht des Autors, die Kranken noch längere Zeit nach dem Aussetzen der Behandlung in Beobachtung zu behalten, ob nicht etwa in einem späteren Zeitpunkte (ohne neuerliche Infektion) wieder Gonokokken im Sekrete auftreten; selbstverständlich ist das eine utopische Forderung bei diesem Krankenmateriale. Von subjektiven Erscheinungen traten bei jenen Kranken, deren os internum so enge war, dass die Kanüle nur schwer eingeführt werden konnte, manchmal kolikartige Schmerzen auf, die aber bei Bettruhe und Priessnitzumschlägen bald vorüber-

Digitized by Google

gingen. Im allgemeinen waren die Erscheinungen nach Natriumlygosinat keinesfalls so heftig, wie bei Argentamin, ernstere Erscheinungen waren überhaupt nie aufgetreten. Auf Grund seiner Resultate glaubt der Autor, dass mit dem Dogma der Unheilbarkeit der weiblichen Gonorrhöe, insbesondere der Uterusgonorrhöe der Prostituierten, gebrochen werden müsse.

Die Ursache, warum in nicht wenigen Fällen die Urethritis der Frauen in ein chronisches Stadium übergeht, sieht Dr. Falk (Berlin) in der häufigen gonorrhoischen Infektion der Drüsen und Lakunen am Harnröhreneingang. Diese Urethritis externa hat ihren Sitz einerseits in den bekannten, dicht neben oder in der Harnröhrenmündung gelegenen Urethralgängen (Skeneschen Drüsen), andererseits in zwei ¼—½ cm weit von der hinteren Harnröhrenmündung entfernt gelegenen Gängen, welche im Gegensatz zu den Urethralgängen nicht parallel mit der seitlichen Harnröhrenwand verlaufen, sondern nach aussen hinten, dicht unter der Schleimhaut der seitlichen Vaginalwand. Diese Gänge, welche bis zu 2 cm lang sein können, fasst Falk als Residuen der in dem Hymen gelegenen Lakunen auf und bezeichnet sie als Lacunae hymenales. Bei der gonorrhoischen Infektion derselben ist eine Spaltung der Lakunen nach der Scheide zu notwendig, während die infizierten Urethralgänge am besten mit einer glühenden feinen Sonde oder mit dem Paquelin zur Verödung gebracht werden. Bei der Endocervicitis und Endometritis-Behandlung ist im Falle ambulanter Behandlung von jeder intrauterinen Therapie abzusehen, welche für klinische Behandlung reserviert bleiben muss. Hier kommt nach genügender Erweiterung der Cervix die lokale Anwendung von Medikamenten in Form von Uterusausspülungen in Betracht, welche unter niedrigem Druck täglich einmal von zeitlich möglichst langer Dauer ausgeführt werden. Schwache Protargollösungen oder Thigenol (4%) in einer ½%igen Lysollösung gaben relativ gute Resultate. Zur Nachbehandlung wurden Antrophore mit 1% Chlorzink und 0,1% Sublimat in Anwendung gebracht. Ist wegen unregelmässiger Blutungen, welche allerdings häufig durch eine im Entstehen begriffene Adnexerkrankung verursacht werden, eine Abrasio notwendig, so soll dieselbe in Narkose vorgenommen werden. Sind Exsudate in die Eileiter oder in das Beckenzellengewebe bereits eingetreten, so hängt es von dem Befunde in jedem einzelnen Falle ab, ob ein operativer Eingriff zweckmässig ist. Wegen der so häufig in zurückgelassenen, noch gesunden Adnexteilen später auftretenden Eiterungen nach abdominalen Laparotomien soll man sich nur dann zu dem abdominalen Eingriff entschliessen, wenn durch Fortleitung der gonorrhoischen Infektion eine allgemeine Peritonitis entsteht, oder wenn ein Durchbruch in ein benachbartes Organ stattgefunden hat, ohne dass es zur dauernden Entleerung des Eitersackes kommt. Liegt der Abszess, der im Verlaufe einer gonorrhoischen Adnexerkrankung entsteht, der Scheide an, so ist die Eröffnung von der Scheide aus dringend notwendig. Dieser operative Eingriff wurde 24 mal ausgeführt. Gestorben ist keine dieser Kranken, 19 Frauen konnten ohne nachweisbaren Abszess aus der Klinik entlassen werden, und bei den meisten blieb auch für die Folge das Resultat ein gutes. Besonders gut sind die Resultate in bezug auf Dauererfolge, seitdem jeder eröffnete Abszess einer energischen Nachbehandlung unterzogen wird. Das Vorhandensein mehrerer Abszesse ist keine Kontraindikation für die Eröffnung derselben, vorausgesetzt, dass jeder einzelne durch eine Scheideninzision erreichbar ist. Die Nachbehandlung besteht, nachdem das nach der Operation eingeführte Drainrohr nach 6—8 Tagen entfernt ist, in täglich auszuführenden Ausspülungen der Abszesshöhlen, und zwar verwendet Falk zuerst 4%ige Thigenollösung und später, wenn die Sekretion nachlässt, eine Auflösung von Jodtinktur in Wasser. Dass trotzdem der eine oder der andere Fall nicht zur Ausheilung kommt, ist wohl erklärlich, wenn man an den Operationspräparaten sieht, wie verderblich der Gonococcus in Verbindung mit dem wohl stets vorhandenen Streptococcus wirkt, wie viele Abszesse sich in den nicht selten faustgrossen Ovarien

Digitized by Google

finden, wie viele voneinander abgeschlossene Eiterhöhlen in einem Eileiter vorhanden sein können. In diesen Fällen tritt namentlich bei Frauen, welche auf Verdienst durch schwere Arbeit angewiesen sind, die vaginale Radikaloperation in ihr Recht. Die Fälle, welche mit vaginaler Inzision behandelt wurden, bedürfen ebenso wie diejenigen, in denen sich gonorrhoische Adnexerkrankungen ausbilden, die keine operativen Eingriffe erfordern, häufig einer resorbierenden Nachbehandlung und da ist es vor allem der Schwefel, der in mannigfaltiger Form, als Sitzbad, als Vollbad, als lokale Einwirkung in Form von Tampons, weit günstigere Resultate lieferte als die gebräuchlichen Sol-, Salz- und Moorbäder. 50%ige Thygenoltampons, jeden zweiten Tag eingeführt, Schwefelbäder, durch Zusatz von 30 g Kalium sulfuratum und 100 g Leim zu einem Sitzbade oder durch Auflösung von 40 g Thigenol in einem Seifensitzbade hergestellt, und endlich heisse Ausspülungen bewirken, wenn auch langsam, eine Resorption, welche wesentlich beschleunigt wird, wenn den Kranken ihr Kräftezustand es gestattet, ein Schwefelbad aufzusuchen.

Ein für praktische Zwecke recht brauchbares Handbuch, welches die Gonorrhöe des Mannes und ihre Komplikationen in erschöpfender Weise darstellt, erschien aus der Feder von Dr. Wossidlo (Berlin), der in diesem Werke seine reiche Erfahrung auf diesem Gebiete veröffentlicht, ohne dass darum die Ergebnisse der Forschungen anderer vernachlässigt wurden.

Über chronische Gonorrhöe und Gonokokkennachweis von Dr. Meyer (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 36). — Zur Therapie der Gonorrhöe von Dr. Pick (Ther. d. Gegenw. 2. H.). — Zur Behandlung der Gonorrhöe mit Chinolin-Wismutrhodanat Edinger (Crurin pro injektione) von Dr. Schwab (Therap. Monatsh. 12. H.). — Die Behandlung der Gonorrhöe mit Chinolin-Wismutrhodanat Edinger (Crurin pro injectione) von Dr Stern. (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 12). — Zur Behandlung der Gonorrhöe mit Protargolgelatine von Dr. Benaris (Münch. med. Wochenschr. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 4. H.). — Über die Urosanolbehandlung der Gonorrhöe von Dr. Scharff (Ther. Monatsh. 7. H.). — Eine neue Methode zur Abortivbehandlung der Gonorrhöe von Dr. Engelbreth (Nord. Tidsskr. f. Ther. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 4). — Die Behandlung der akuten und subakuten Gonorrhoea anterior mit rückläufigen Einspritzungen stärkerer Silberlösungen von Dr. Kotz (Arch. f. Derm. u. Syph. 60. Bd. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 4. H.). — Behandlung der chronischen Urethritis anterior von Dr. Schwenk (Ther. d. Gegenw. 9. H.). — Weitere Mitteilungen über den Gebrauch des Sandelholzöles und des Gonorols von Dr. Meissner (Derm. Zentralbl. 8. H.) — Über innere Gonorrhöebehandlung von Dr. Sigmundt (Med. Woche Nr. 78). — Therapeutische Kleinigkeiten von Dr. Horovitz (Zentralbl. f. d. ges. Ther. 2. H.) — Über Pyelitis und Pyelonephritis auf Grund von Gonorrhöe von Dr. Marcuse (Ther. Monatsh. 2. H.). — Über die Pathogenese der gonorrhoischen Epididymitis und über Versuche, dieselbe durch Punktion zu behandeln von Dr. Baermann (Deutsche med. Wochenschr. — Medico Nr. 41). — Zur Behandlung der weiblichen Gonorrhöe mit Hefe von Dr. Abraham (Monatsschr. f. Geb. u. Gynäk. 16. Bd. — Ther. Monatsh. 12. H.). — Über die Behandlung der weiblichen gonorrhoischen Vulvovaginitis von Dr. Hirschl (Klin.-ther. Wochenschr. Nr. 13) — Ther. Monatsh. 10. H.). — Über die Behandlung der Uterusgonorrhöe bei Prostituierten von Dr. Parádi (Arch. f. Derm. u. Syph. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 9. H.). — Zur Behandlung der chronischen Gonorrhöe von Dr. Falk (Ther. Monatsh. 10. H.). — Die Gonorrhöe des Mannes und ihre Komplikationen von Dr. Wossidlo (Berlin, O. Enslins Verlag).

Gonosan. Gonosan ist nach Dr. Boas eine gelbgrüne, ölige, durchscheinende, in Weingeist, Äther und Chloroform lösliche Substanz von stark aromatischem Geruch, welche die aus der Wurzel von Piper methysticum (Kawa-Kawa) extrahierten Harze in rein ostindischem Sandelöl gelöst enthält. Diese Harze wirken anästhetisch, diuretisch und spezifisch gegen Gonorrhöe. Selbst im Harne konnten die anästhesierenden Bestandteile nach Gebrauch von Kawa nachgewiesen werden. Das von der Firma Riedel in Berlin dargestellte Gonosan kommt in Kapseln in den Handel, von denen jede 0,3 g Inhalt aufweist. Die von Boas geübte Therapie besteht in Verabreichung der Kapseln, der lokalen Behandlung mittelst Einspritzung von Protargol und strenger Diät. Bei der Diät wirkt Einschränkung der Flüssigkeitszufuhr günstig dadurch, dass der Harn nicht diluiert wird, wodurch das Harz seine anästhesierende Kraft und seine spezifische Wirkung besser entfaltet. Es werden im Tage acht Kapseln verabreicht. Bei dieser Therapie verläuft der Tripper ohne Brennen und ohne Schmerzempfindung und bleibt auf die vorderen Ab-

Digitized by Google

schnitte der Urethra beschränkt. Bei Cystitis bewirkt Kawasantal eine rasche Klärung des Harnes.

Das Gonosan verringert, wie Dr. Saalfeld (Berlin) behauptet, bei der Urethritis gonorrhoica in kurzer Zeit die eitrige Sekretion und verwandelt sie in eine schleimige, setzt die Schmerzhaftigkeit des gonorrhoischen Prozesses herab und vermindert das Auftreten der im akuten Stadium der Gonorrhöe oft so schmerzhaften und die Heilung verzögernden Erektionen. Die mit Gonosan geübte innere Behandlung des Trippers genügt in vielen Fällen zu seiner völligen Heilung und hat vor der äusseren Behandlung den Vorzug, dass die Patienten, besonders die weniger intelligenten, vor Nachteilen, die durch Injektionen verursacht werden können, bewahrt bleiben.

Der Hauptvorzug des Gonosans, insbesondere den anderen Santalpräparaten gegenüber scheint Dr. Lohnstein (Berlin) darin zu liegen, dass es von den Kranken stets ohne Widerwillen genommen wird, sowie dass es weit weniger unangenehme Nebenwirkungen im Gefolge hat, ohne deshalb weniger wirksam zu sein, als selbst die reinsten Präparate von Ol. Santali.

Zur Behandlung der Gonorrhöe mit Gonosan (Kawasantal), einem neuen Antigonorrhoicum von Dr. Boss (Deutsche Med.-Ztg. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 2. H.) — Zur inneren Behandlung der Urethroblenorrhöe von Dr. Saalfeld (Ther. Monatsh. 12. H.). — Einige Erfahrungen über Gonosan von Dr. Lohnstein (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 33).

H.

Hämorrhoiden. Über die chirurgische Behandlung der Hämorrhoiden sprach Dr. Jurié im Wiener Doktorenkollegium. Die Venen des Rektums disponieren aus verschiedenen Ursachen zur Bildung von Erweiterungen: sie liegen in einem lockeren Zellgewebe, münden in das klappenlose Venensystem der Pfortader, stehen je nach der Füllung des Mastdarmes und der Blase unter einem wechselnden Drucke. Durch Geschwülste des Rektums und der Nachbarorgane und durch den schwangeren Uterus werden Blutstauungen hervorgerufen. Der Hauptsitz der Hämorrhoiden ist die Analportion (äussere Hämorrhoiden) und der untere Abschnitt des Rektum (innere Hämorrhoiden). Die äusseren Hämorrhoiden verursachen viel häufiger und früher lokale Erscheinungen. Sie geben selten Anlass zu chirurgischen Eingriffen, Entzündungen derselben gehen unter Kälteapplikation zurück. Verursachen sie dauernde Beschwerden, so kann man sie aufschneiden. Bei Fissura ani leistet die Dehnung des Analringes mit den Fingern gute Dienste. Jurié übt folgendes Verfahren: Nach einem Lavement presst Patient in der Seitenlage, bis Analvorfall eintritt, dann wird die Fissur mittelst Bisturis durch einen Schnitt vertieft und Jodoform aufgestreut. Darauf darf der Kranke 48 Stunden keinen Stuhl haben; hierauf folgt ein Lavement. Bei Blutung und Vorfall folgt ein chirurgischer Eingriff. Am besten ist die Kauterisation mittelst Glüheisens und rauchender Salpetersäure. Durch mehrere Wochen wird dann täglich ein kaltes Klysma appliziert. Innere Knoten werden in ein Spekulum eingestellt und ebenso behandelt. Blutende Knoten werden am besten in Narkose mit dem Glüheisen verschorft.

Auf Grund seiner günstigen Erfahrungen empfiehlt Dr. Landström (Stockholm) eine schnell, leicht, unblutig und mit minimalen Beschwerden für den Patienten ausführbare Operation der Hämorrhoiden mittelst einer von Stille gefertigten Klemmzange. Letztere hat ein ungefähr 7 cm langes, 4—5 mm breites Gebiss und wird mittelst Flügelschraube zusammengepresst. Die Operation lässt sich in geeigneten Fällen leicht im Ätherrausche nach Sudeck ausführen. Nach der üblichen Vorbereitung wird in Seitenlage des Patienten der Sphinkter kräftig dilatiert und dann werden die Teile, die

Digitized by Google

man entfernen will, mit der Balkenzange gefasst, d. h. die Klemme an der Basis des Knotens resp. der Falte angelegt und mittelst der Schraube ein möglichst kräftiger Druck ausgeübt, der abgeklemmte Teil dann unmittelbar an der Zange abgeschnitten und kann man dann sogleich die Klemme abnehmen, da infolge der ausserordentlichen Kraft des Zuklemmens keine Blutung erfolgt. Es lässt sich so die Zange eventuell an mehreren Stellen anlegen, ohne dass die zusammengepressten Flächen auseinandergehen. Nach der Operation wird ein mit Xeroformgaze umwickelter Drain in den Darm geführt, der am zweiten Tage entfernt wird. Der nach 5–6 Tagen auf Rizinus erfolgende Stuhl macht keine besonderen Schmerzen. Nach einer Woche ist die abgeklemmte Stelle eine ½–1 cm breite reine Wunde, die im allgemeinen in zwei Wochen geheilt ist.

Dr. Jurié über die chirurgische Behandlung der Hämorrhoiden im Wiener medizinischen Doktorenkollegium (Med. Woche Nr. 4). — Eine neue Operationsmethode der Hämorrhoiden von Dr. Landström (Münch. med. Wochenschr. Nr. 50).

Hedonal. Dr. Rausche (Magdeburg) hat dieses Schlafmittel mit gutem Erfolge angewendet. Besonders bei der nächtlichen Unruhe und Schlaflosigkeit nervöser und neurasthenischer Patienten gelang es jedesmal, mit 1½ g, später 2 g mehrstündigen ruhigen und erquickenden Schlaf zu erzielen. Dabei kann das Mittel fortgesetzt gebraucht werden, ohne dass er bisher irgendwelche üble Folgen für den Organismus beobachtet hätte. Ausser bei der habituellen Schlaflosigkeit nervöser und reizbarer Frauen hat er das Mittel in solchen Fällen mehrfach mit vollem Nutzen verordnet, wo nach schweren inneren und äusseren Erkrankungen die zurückbleibende Erschöpfung einen festen Schlaf anfangs nicht zu stande kommen liess. Bei chirurgischen und akuten inneren Erkrankungen, die von intensiven Schmerzen begleitet sind, ist das Mittel weniger am Platze und dürfte das Morphium und dessen Derivate nicht verdrängen, doch hat Autor es auch hier alternierend und dann mit vorübergehend gutem Resultat verwendet. Bei den eingangs erwähnten Zuständen von Insomnie, mögen sie nun rein nervöser Natur oder die Folgen allgemeiner Abspannung und Erschöpfung sein, verdient das Hedonal jedenfalls als ein ganz zuverlässiges Mittel von ausgezeichneter und dauernder Wirkung die weiteste Verbreitung.

An Prof. Parenskis Abteilung des Lazarus-Spitals in Krakau hat Dr. Fraczkiewicz ebenfalls sehr gute Resultate mit dem Hedonal erzielt. Autor gelangte zu dem Schlusse, dass das Hedonal in der Schlaflosigkeit, welche wir oft bei Hysterie, Neurasthenie, Marasmus senilis, bei Psychosen leichteren Grades und bei Alkoholismus beobachten, wirksam erscheint. Es wirkt aber nicht bei Schlaflosigkeit, deren Ursache der Schmerz ist. Das Hedonal ist unschädlich und wirkt, während einer längeren Zeit angewendet, infolge seiner diuretischen Eigenschaften nicht kumulativ.

Kurze Bemerkungen über Hedonal von Dr. Rausche (Münch. med. Wochenschr. Nr. 4). — Über Hedonal von Dr. Fraczkiewicz (Ther. Monatsh. 11. H.).

Helminthen. Dr. Nagel berichtet aus dem Bochumer Elisabeth-Hospital auf Grund einer reichen Erfahrung an 4000 in den letzten sieben Jahren daselbst behandelten Ankylostomumkranken. Die Kur bestand anfangs ausschliesslich in der Verabreichung einer einzigen vollen Dosis (nur bei sehr geschwächten Patienten in refracta dosi) von 10–13 g Extractum filicis pur oder mit schwarzem Kaffee; zwei bis drei Stunden nachher erhielt der Patient 0,3 g Kalomel. Der Erfolg war meist ein guter, nur wurde er häufig durch leichte Vergiftungserscheinungen (Kopfschmerzen, Schwindel, Pulsbeschleunigung, Temperatursteigerungen bis 39,5°) getrübt, gelegentlich auch durch schwerere Symptome (Sehstörungen, erweiterte starre Pupillen, starke Schweisse.) Durch 1 g Salipyrin oder Phenacetin wurde gewöhnlich schnelle Besserung erzielt. Versuche, das Extractum filicis durch andere Mittel zu ersetzen, führten indes zu keinem Resultate: Santonin, Decoct. rad. Granati, Flor. Kousso

Digitized by Google

und Kamala wirkten wenig oder gar nicht, Thymol wirkte besser, aber erst in Gaben von mindestens 8 g pro die und bei diesen waren die Intoxikations-Erscheinungen nicht geringer. So wurde immer wieder auf das Farnextrakt zurückgegriffen, das einen ziemlich sicheren Erfolg verspricht, wenn es frisch ist, d. h. von der in der letzten Saison gesammelten Pflanze stammt. Die Gefahr der Filixmedikation ist in den letzten Jahren dadurch noch gewachsen, dass jetzt weniger anämische, geschwächte Individuen, sondern zahlreich die sogenannten nichtkranken Wurmträger, also kräftige Männer, zur Behandlung kommen. Bei diesen muss die Dosis noch verstärkt werden, da sie dem wirksamen Stoffe im Extractum filicis grossen Widerstand entgegensetzen; unglücklicherweise scheinen sie für das toxische Prinzip weit empfänglicher, denn es sind schwere Intoxikationen beobachtet worden bereits (so zweimal plötzliche totale Amaurose mit Pupillenstarre und fortschreitender Atrophie des Sehnerven nach 10 g, bezw. nach zweimal 5 g; beidemal versagte der wurmabtötende Stoff). Es ist daher in diesen Fällen besondere Vorsicht geboten; Nagel bevorzugt die Darreichung in Gelatinekapseln oder besser noch die Mischung:

Extr. filicis g 8—10,0
Chloroform gtt. X—XV
Syr. Sennae g 16,0.

Neuerdings hat Kraft die sämtlichen sauren Bestandteile des Filixextraktes in sieben gut charakterisierten Körpern dargestellt; der eine derselben, der nach Versuchen von Jaquet der reine Träger der anthelmintischen Wirkung sein soll, ist im sogenannten Filmaron enthalten. Nagel hat dieses Präparat in neun Fällen versucht, in denen Extractum filicis und Thymol versagt hatten, und zwar in folgender Form:

Filmaron 0,7
Chloroform 1,5
Ol. Ricini 20,0

(in den letzten vier Fällen wurde noch Thymol 5,0 hinzugefügt). In allen neun Fällen gelang die Abtreibung, wenn auch erst nach zwei- bis viermaliger Kur.

Beitrag zur Behandlung der Ankylostomiasis von Dr. Nagel (Deutsche med Wochenschr. Nr. 31. — Ther. d Gegenw. 9. H.).

Helmitol. Dr. Müller hat die entwickelungshemmende und bakterientötende Wirkung des Helmitols in vitro, mit Gelatine, in eiweissreicher Flüssigkeit, endlich im normalen und Cystitisharne geprüft und mit der des Urotropins verglichen. Es zeigte sich, dass zur Vernichtung sämtlicher Bakterien ziemlich grosse Mengen Helmitol und eine mehrstündige Einwirkung erforderlich ist, andererseits jedoch wurde eine Überlegenheit des Helmitols gegenüber dem Urotropin nach jeder Richtung sichergestellt. In täglichen Dosen von 4—6 g intern wird es gut vertragen, bei 8 g tritt wohl Neigung zu Diarrhöe, jedoch keine Magenstörung ein. Als Nebenwirkung wurde erhöhte Diurese beobachtet. Die Applikation kann auch in erwärmter, 1—2%iger wässeriger Lösung durch den Katheter in die Blase erfolgen (100—150 g).

Die günstige Wirkung des Helmitols als Harndesinficiens bestätigt Dr. Heuss (Zürich), welcher es in 16 Fällen von Cystitis und in einem Fall von Bakteriurie angewendet hat. Von den 16 Fällen wurden 11 geheilt, es waren dies sieben Fälle von chronischer Cystitis und vier Fälle akuter, gonorrhoischer Cystitis mit Beteiligung des Blasenhalses. Schon wenige Tage nach Beginn der Medikation zeigte der Urin Aufhellung, Abnahme des Sediments, Schwinden des ammoniakalischen Geruches, Rückgang der subjektiven Erscheinungen; die Abheilung erfolgte im Verlauf von zwei bis sieben Wochen. Die Tagesdosen betrugen meist 3—4 g, welche in Wasser in regelmässigen Zwischenräumen genommen wurden; nur in einem Falle wurde die Dosis auf viermal 2 g pro die gesteigert. Hier trat nach den hohen Dosen vorübergehende Neigung zu Diarrhoe und vermehrte Diurese auf, sonst wurden Nebenwirkungen nicht beobachtet. In einzelnen Fällen wurde die interne Behandlung mit Helmitol durch eine Lokalbehandlung unterstützt; durch den Katheter wurden in die vorher entleerte Blase 100—150 ccm einer angewärmten 1 resp. 2%igen Helmitollösung injiziert. Die Wirkung des Helmitols beruht einmal darauf, dass es sehr leicht Formaldehyd abspaltet, sodann dass durch die Anhydromethylenzitronensäure,

Digitized by Google

welche im Organismus die Methylengruppe als freies Formaldehyd abspaltet, die Wirkung des Hexamethylentetramins noch verstärkt wird. Aus diesen Gründen ist die Wirkung des Helmitols intensiver, energischer, aber auch länger andauernd als entsprechende Mengen Urotropin.

Bei akuter und subakuter Gonorrhöe erwies sich Prof. Seifert (Würzburg) der Helmitolgebrauch ohne besonderen Wert. Nur dort, wo infolge Überganges auf die Pars posterior der schmerzhafte Harndrang in den Vordergrund trat, konnte durch 3 g Helmitol am Tage eine Verminderung desselben erzielt werden. In sieben Fällen von chronischer Gonorrhöe mit reichlicher Bildung von Fäden, nahmen diese nach drei Wochen langem Gebrauch von täglich 3 g Helmitol in auffälliger Weise ab. Es darf allerdings nicht unterlassen werden zu bemerken, dass daneben auch Spülungen mit Kaliumpermanganat gebraucht wurden. Helmitol kam auch in sechs Fällen von chronischer Prostatitis nach Gonorrhöe in Anwendung und die Wirkung war in fünf Fällen eine sehr zufriedenstellende. Bei Cystitis hat es ebenfalls die besten Wirkungen gezeigt; dem Präparat kommt auch eine diuretische Wirkung zu.

Dr. Goldschmidt (Berlin) hat in einer grösseren Reihe von Fällen aus der Berliner allgemeinen Poliklinik teils prophylaktisch bei Prostatikern, teils bei verschiedenen Formen der Cystitis mit Neigung zu alkalischer Zersetzung des Harns das Helmitol in Dosen von 1 g 2—3 mal täglich mit gutem Erfolge in Anwendung gebracht. Bei Phosphaturie konnte er in einigen Fällen nicht die geringste Einwirkung erkennen, ebensowenig bei infektiösen Prozessen der hinteren Harnwege, wie sie infolge von Gonorrhöe auftreten. Hier stimmen seine Erfahrungen mit Helmitol genau mit den bei Urotropin gemachten überein. Das Präparat wurde gern genommen; über unangenehme Nebenerscheinungen hörte er keine Klage.

Klinisches und Bakteriologisches über Helmitol von Dr. Müller (Deutsche Ärzte-Ztg. 8 H.). — Über Helmitol, ein neues Harndesinficiens von Dr. Heuss (Monatsh. f. prakt. Derm. 36. Bd. 3. H. — Ther. Monatsh. 7. H.). — Über Helmitol von Prof. Seifert (Wien. klin. Rundschau Nr. 27. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 37). — Das Helmitol, ein neues Harndesinficiens von Dr. Goldschmidt (Ther. Monatsh. 1. H.).

Hernien. Bei der Beurteilung des einzelnen Falles von Hernia incarcerata wird, wie Dr. Bundschuh (Heidelberg) ausführt, dio Länge der Einklemmungszeit stets ein wichtiges Kriterium sein; für die Schwere der lokalen pathologischen Veränderungen jedoch ist mehr die Intensität der Einklemmung, welche durch die relative Weite der Bruchpforte bedingt wird, ausschlaggebend. Die Diagnose kann zuweilen Schwierigkeiten bieten. Differentialdiagnostisch kommt vor allem die Bruchentzündung in Betracht, deren Erscheinungen in den ersten Entwickelungsphasen eine so weit gehende Ähnlichkeit mit denen einer Brucheinklemmung zeigen, daß keine scharfe Grenze zwischen beiden Erkrankungen besteht, und die Diagnose hierdurch sehr erschwert wird. Dasselbe gilt von denjenigen Prozessen, die sich im Bereiche der Bruchpforte abspielen, wie Lymphdrüseneiterung, Abszessbildung, Vereiterung von Hydrocelen usw. Auf derartige Beeinflussung reagiert das Bauchfell ausserordentlich leicht und antwortet mit Erscheinungen, die eine Einklemmung vermuten lassen. Relativ häufig findet sich bei der Brucheinklemmung eine veränderte Zusammensetzung des Urins. Der Indikangehalt lässt keine Schlüsse zu, doch ist dem Auftreten von Albumen ein gewisser prognostischer Wert beizumessen. Findet sich Eiweiss vor, so kann man im voraus schon auf tiefgehende Veränderungen des Bruchinhaltes rechnen. Trübes oder stinkendes Bruchwasser spricht ebenfalls für tiefergehende Veränderungen des eingeklemmten Darmes, doch können auch schon bei serösem Bruchwasser die vitalen Eigenschaften des Darmes schwer gelitten haben. Was die Therapie betrifft, so stehen zur Beseitigung der Einklemmung zwei Wege zu Gebote, die Taxis und die Herniotomie, zwischen denen zu wählen oft sehr schwierig sein kann. Auf die Fragen: „Wann darf und soll man die Taxis vornehmen? Wie soll man die Taxis ausführen? Welche Kraft soll man

Digitized by Google

bei der Taxis anwenden?" lassen sich keine präzisen Antworten geben. Eine Garantie ist nie geboten, dass nach gelungener Taxis jede Lebensgefahr beseitigt ist, und der eingeklemmte Darm nach Hebung der Einklemmung seine normale Beschaffenheit wieder erlangt. Die Schädigungen der eingeklemmten Darmschlingen, die Suggillationen und die Hämatome im Darme und Mesenterium, die aus den Manipulationen der Taxis resultieren, mahnen jedenfalls zur grössten Vorsicht. Dennoch geht die Losung mancher: „Weg mit der Taxis!" zu weit, insbesondere für die Verhältnisse der Landpraxis. Bei Kindern freilich tut man wegen der äusserst leichten Vulnerabilität der zarten Gewebselemente gut, von der Taxis Abstand zu nehmen, zumal durch die Herniotomie die Möglichkeit einer Radikaloperation gegeben ist. Das ist um so höher anzuschlagen, als durch eine einmalige Einklemmung eine gewisse Disposition zu einer erneuten Inkarzeration geschaffen ist. Bei der Herniotomie soll der allgemeinen Narkose eine Magenausspülung vorausgeschickt werden. Übrigens kann die allgemeine Betäubung in den meisten Fällen entbehrt und durch die Schleichsche Infiltrationsanästhesie ersetzt werden. Die Operation selbst ist folgendermassen durchzuführen: Der ausgiebige Schnitt wird über die Höhe der Bruchgeschwulst geführt, der Bruchsack isoliert, insbesondere die Bruchpforte völlig freigelegt und der einschnürende Ring so gut wie möglich von aussen gelockert, bezw. inzidiert. Wenn keine starke Spannung besteht und die Fingerkuppe leicht in den Bruchkanal eindringt, kann man auch die Erweiterung der Bruchpforte von innen her herbeiführen, jedoch nur durch Druck, nicht durch Zug. Der Bruchsack ist stets zu eröffnen, da die Herniotomia extraperitonealis bei gesicherter Asepsis völlig zu verwerfen ist. Bei zweifelhafter Lebensfähigkeit — im allgemeinen beurteilt man den Darm leicht zu günstig! — lagere man den Darm, wenn man sich nicht gleich zur Resektion oder zum Anus praeternaturalis, der immer nur ein Notbehelf ist, entschliessen kann, nach gehöriger Erweiterung des Bruchringes vor die Pforte und warte das Weitere ab.

Dr. Weyprecht veröffentlicht aus der Körteschen chirurgischen Abteilung in Berlin eine Statistik über 402 Kranke mit eingeklemmtem Bruche, die innerhalb 10 Jahren aufgenommen wurden. Die Erfahrungen an dem Materiale haben allmählich dazu geführt, dass bei allen Kranken, bei denen eine Heilung noch möglich erschien, die primäre Darmresektion gemacht wurde, während nur bei solchen Kranken, bei denen wegen bereits bestehender infektiöser Peritonitis oder wegen äussersten Kräfteverfalles jede eingreifende Operation verboten war, der Anus praeternaturalis angelegt wurde.

Die Diagnose einer isolierten Einklemmung des Processus vermiformis ist nach Dr. Honsell (Tübingen) schwer sicherzustellen, weil die Krankheit keine ganz bestimmten Symptome, die ihr ganz allein zukommen würden, zeigt. Inkarzerationserscheinungen sind zumeist nicht stürmisch und manchmal fühlt man in der Nähe der Bruchpforte eine Resistenz, welche bei Schlingeninkarzeration dem im Bauche befindlichen Ende des Processus vermiformis entspricht. Vermuten kann man eine Inkarzeration, wenn ausser den Inkarzerationserscheinungen eine Beugekontraktur des rechten Beines vorhanden ist. Diese Schlüsse konnte Verfasser aus vier auf der Klinik des Prof. v. Bruns beobachteten Fällen von Inkarzeration des Wurmfortsatzes ziehen. Sämtliche Fälle wurden durch Operation geheilt.

Dr. Gilli empfiehlt nach seinen Erfahrungen aus Prof. Hackers Klinik (Graz) zur Radikaloperation des Schenkelbruches eine besondere Art der Freilegung des Bruchsackes als Vorakt des Bruchpfortenverschlusses nach Lotheissen. Nach Anlegung des Hautschnittes parallel dem Poupartschen Band unter Abwärtsschieben der unteren Hautpartie wird der Brucksack bis zum Rand der Fossa ovalis abgelöst, dann die Aponeurose des Externus gespalten und das Lig. Poup. herabgeschlagen, am oberen Rand der äusseren Bruchpforte sodann zwischen Sack und Plica falciformis eine Kochersche Sonde nach oben eingeführt, bis sie an der abdominalen Seite des Lig. inguinale dem innern Schenkelring entsprechend erscheint, und auf ihr Ligament und Plica

Digitized by Google

quer durchtrennt. Unter dem Schutz der Sonde wird nach Anlegung von Klemmen an eventuell blutenden Gefässen die verdickte und dem Bruchsackhals eng anliegende Fascie gespalten, worauf mit grosser Leichtigkeit der Bruchsack nach oben entfaltet und befreit und die Lotheissensche Radikaloperation vollendet werden kann (Verlagerung des Bruchsackstumpfes und Vernähung des Muskelmasse des Obl. int. und transv. an das Lig. pubic. Cooperi).

Die Behandlung der Nabelhernien mittelst Paraffininjektionen wird von Prof. Escherich (Wien) geübt. Die Technik des Verfahrens ist eine sehr einfache. Man verwendet, da es sich um die Herstellung einer widerstandsfähigen Pelotte handelt, ein bei 38° C schmelzendes Paraffin, das in einem auf ca. 45° eingestellten Wasserbade flüssig erhalten wird. Die Spritze besteht aus Metall, fasst ca. 8 ccm und trägt eine etwa 2 cm lange stark gekrümmte Nadel. Am Stempel ist eine verstellbare Scheibe angebracht, welche die Menge des zu injizierenden Paraffins reguliert. Je nach der Grösse des Bruchsackes werden 1—5 ccm eingespritzt. Die Operation wird unter peinlicher Asepsis und ohne Narkose vorgenommen. Die linke Hand des Operateurs reponiert durch die von beiden Seiten her aufgelegten Finger den Inhalt des Bruchsackes; hierauf wird die Nadel der mit der rechten Hand gefassten Spritze am oberen Rande des Bruchsackes in der Mittellinie so eingestochen, dass die Spitze der nach oben gekrümmten Nadel in dem Bruchsack frei beweglich ist. Der Assistent schiebt den Stempel bis zu der vorher markierten Stelle vor, und gleichzeitig lässt der Operateur entsprechend der eindringenden Paraffinmenge mit der Kompression des Bruchsackes nach, so dass der Bruch wieder in voller Grösse erscheint. Nun wird sofort eine Eiskompresse durch etwa eine Minute auf den Bruch aufgelegt, und dann erst die Nadel zurückgezogen, die Stichöffnung sorgfältig durch Jodoformkollodium verschlossen. Darüber kommen zwei sterile Gazeläppchen, die durch ein Zinkpflaster befestigt werden, und nun wird ein zirkulärer Heftpflasterverband in der üblichen Weise angelegt, straff angezogen und mit einigen Bindentouren befestigt. Der Verband bleibt durch acht Tage liegen. Dann erst kann man über den Erfolg der Operation urteilen. Wenn der Eingriff gelungen, so findet man das injizierte Paraffin in Form einer unter der unveränderten Haut liegenden harten unverschieblichen Platte, welche die Bruchpforte vollständig deckt und dieselbe nach allen Seiten überragt. Diese Platte bildet sich dadurch, dass das in den leeren Bruchsack injizierte Paraffin sich in Form einer Pelotte in dem oberen Teil des Bruchsackes ausbreitet und durch die von unten her andrängenden Därme sowie die rasche Erstarrung (Eiskompresse) am Hinabsinken in die Bruchhöhle verhindert wird. Wenn dann der Bruch durch den zirkulären Verband niedergehalten wird, breitet sich die noch plastische Masse in dem abgeplatteten Bruchsacke zu einer flachen Pelotte aus, welche den Bruchsack verschliesst und die Wände des Raumes verklebt. Es ist daher vom kosmetischen Standpunkt aus besonders wichtig, die Menge des eingespritzten Paraffins der Grösse des Bruchsackes anzupassen und durch eine genügende Druckwirkung für die richtige Modellierung Sorge zu tragen. Am günstigsten liegen die Verhältnisse bei enger, weniger als 5 mm im Durchmesser haltenden Bruchpforte. Aber auch bei weiterer Bruchpforte bis zu 1 cm und darüber hat Verfasser befriedigende Resultate gesehen. Bei grösseren Bruchpforten ist zu fürchten, dass der Abschluss gegen das Peritoneum zu (durch die beim Schreien des Kindes angepressten Därme) ein ungenügender wird und ein Teil der Injektionsmasse in der Bauchhöhle verschwindet, was übrigens keinerlei üble Folgeerscheinungen hat. Hier hat die Verwendbarkeit der Methode ihre Grenzen. Öffnungen von drei und mehr Zentimetern Durchmesser können mit der derzeitigen Technik nicht, jedenfalls nicht in einer Sitzung, durch Paraffininjektion verschlossen werden. Über das weitere Schicksal und die genauere Lage der Paraffinplatten hat Verfasser noch keine Erfahrungen. Der Heilerfolg war stets ein dauernder. Der Verband kann in günstigen Fällen nach acht Tagen weggelassen

Digitized by Google

werden. Wenn jedoch die Pelotte noch nicht fixiert oder zu klein ausgefallen ist, so muss derselbe noch länger getragen werden. Man sieht dabei unerwartet günstige Resultate. Die Pelotte wirkt offenbar nicht nur mechanisch, sondern als Fremdkörper auch chemisch reizend und anregend auf das Gewebe, so dass es viel rascher als sonst zum Spontanverschluss des Nabelringes und zur Veränderung des Bruchsackes kommt. Misserfolge und üble Zufälle sind unter den 30 bis jetzt behandelten Fällen (das Alter derselben schwankt zwischen 2—14 Monaten, nur ein Kind war fünf Jahre alt) trotz der anfangs noch sehr unvollkommenen Technik nur in sehr geringer Zahl vorgekommen. Der Eingriff kann als ein gefahrloser und wirksamer zur Behandlung der Nabelhernien im Säuglingsalter empfohlen und, was sehr wesentlich ist, von jedem Arzte ohne jede spezielle chirurgische Vorbildung und Einrichtung ausgeführt werden.

Auf dem internationalen medizinischen Kongresse zu Madrid demonstrierte Dr. Bockenheimer (Berlin) Modelle aus Steinpappe, leicht, unzerbrechlich und gegen Flüssigkeiten unempfindlich, welche plastisch die einzelnen Akte der Bassinischen Operation darstellen. Bockenheimer stellte zusammen mit Dr. Frohse derartige Modelle von allen typischen Operationen her und hat hier ausser fünf Modellen der Bassinischen Operation noch Modelle von der Tracheotomie und Hemikraniotomie ausgestellt. Die Modelle sind farbig und lithographisch beschriftet. Sie dürften zu Lehrzwecken, zu denen sie bereits in der v. Bergmannschen Klinik verwendet werden, sehr geeignet sein, da sich jeder rasch über die Hauptakte und die anatomischen Verhältnisse orientieren kann.

Zur Frage der Brucheinklemmung von Dr. Bundschuh (Heilk. — Medico Nr. 3). — Erfahrungen über die Operation des eingeklemmten Bruches von Dr. Weyprecht (Arch. f. klin. Chir. 71. Bd. 1. H. — Schm. Jahrb. 280. Bd. 11. H.) — Über die isolierten Brucheinklemmungen des Wurmfortsatzes von Dr. Honsell (Beitr. z. klin. Chir. 37. Bd. 1. u. 2. H.). — Zur Radikaloperation des Schenkelbruches nach Lotheissen von Dr. Gilli (Zentralbl. f. Chir. Nr. 32). — Die Behandlung der Nabelhernien mittelst Paraffininjektionen von Prof. Escherich (Wien. klin. Wochenschr. — Medico Nr. 26). — Dr. Bockenheimer über die Herniotomie nach Bassini in der v. Bergmannschen Klinik dargestellt mit plastischen Modellen auf dem internationalen medizinischen Kongresse zu Madrid (Münch. med. Wochenschr. Nr. 20).

Heroin. Die Anwendung des Heroins als Anaphrodisiakum ist nach Dr. Becker indiziert: 1. Bei schmerzhaften Erektionen bei Gonorrhöe, wobei jedoch das Heroin nicht analgesierend wirkt, sondern das Zustandekommen der Erektion verhindert; 2. bei krankhaft gesteigerter Geschlechtslust; 3. bei operativen Eingriffen am Glied, um die zu erwartende Erektion, die sich bei den meisten Männern des Morgens einstellt, zu vermeiden; 4. bei allzu häufigen Pollutionen.

Notiz über die Bedeutung des Heroins als Anaphrodisiakum von Dr. Becker (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 47).

Herpes. Ausgehend von der Annahme, dass die Hauptursache des Herpetismus (der Franzosen) in der Harnsäure resp. Hippur- und Oxalsäureüberladung des Blutplasmas zu erblicken sei, haben sich die hygienischen Massnahmen bei Herpes progenitalis nach Dr. Brayes Ansicht zunächst auf die Regelung der Ernährung zu beziehen. In dieser Hinsicht empfiehlt Becker die von Bouchardat und Dujardin-Beaumetz vorgeschriebene Diät: weisses Fleisch, Geflügel, kein Wild, wenig Eier und Fische, keine reifen Käse, grüne Gemüse (weder Spinat noch Paradeis, wegen des Oxalsäuregehaltes), keine Gewürze, Schwämme. Obst (besonders Trauben), von Getränken: alkalische Wässer (Vichy, Karlsbad, Evian), leichte Weine (Bordeaux), Biere, keinen Tee oder Schokolade (im Tee 3,75 g Oxalsäure auf 1000 g, in der Schokolade 4,5 g auf 1000 g). Des weiteren werden Körperübungen aller Art empfohlen. Die Allgemeinbehandlung des Herpetismus hat sich zunächst auf eine Kräftigung des Organismus zu erstrecken; Brompräparate, Jodverbindungen (Jodkali), Arsensolutionen seien hier am Platze. Der Hauptwert sei indes auf eine ausgiebige alkalische Medikation zu legen. Von Arsenpräparaten ist die Fowlersche Lösung von beson-

Digitized by Google

derem Nutzen, das Natrium cacodylicum hat sich in dieser Hinsicht nicht bewährt. Von alkalischen Mitteln ist dem doppeltkohlensauren Natron, dem Natrium benzoicum und Lithionum carbonicum der Vorzug zu geben. Als lokale Heilmittel des Herpes genitalis haben sich dem Verfasser heisse Waschungen, Stärkebäder, sowie Aufstäubungen von Kalomel, Zinkoxyd, Bismuthum salicylicum u. a. nützlich erwiesen. Die nässenden Formen sind mit Karbol (1%) und Bor- (2%) Waschungen zu behandeln. Gut wirkten auch Bleiwasserumschläge. Prophylaktisch wirken gegen neuerliche Attacken adstringierende Waschungen, gleichwie die konstante Isolierung der Schleimhautflächen. Von abortivem Einflusse sollen mit 3% Resorcinalkohol getränkte Kompressen sein (bei einem Zusatz von 1—2% Kokain).

Die Hygiene und Behandlung des Herpes progenitalis von Dr. Braye (Zentralbl. f. d. ges. Ther. 4. H.).

Herzchirurgie. Bei perikardialen Verwachsungen hat Prof. Brauer den Vorschlag gemacht, durch Resektion von einigen Rippen den starren, knöchernen Ring, der das Herz umgibt, zu durchbrechen und dem Herzen dadurch eine weiche, nachgiebige Bedeckung zu verschaffen, die mit weniger Anstrengung vom Herzen bei der Systole und Diastole mitgezogen werden kann. Die Operation wurde auch dreimal ausgeführt und die Erfolge sind verhältnismässig so gute, dass Verfasser die Operation für alle Fälle von mediastinalen und perikardialen Verwachsungen, welche systolische Einziehung grösserer Thoraxpartien bedingen, für indiziert hält. Wenn die Thoraxbewegungen noch kräftig sind, lässt dies auf eine gute Herzkraft schliessen und die Aussicht auf Erfolg nach der Operation ist eine grosse; bei schwächer werdenden Thoraxbewegungen ist noch immer die Operation zu versuchen. In den vom Verfasser beobachteten Fällen verschwand der Ascites, die Ödeme, die vorhandene Cyanose wurde geringer, der Zustand des Patienten wurde ein befriedigender. Einer der Patienten, ein 50jähriger Monteur, konnte nach der Operation seiner gewohnten Beschäftigung nachgehen und sogar ziemlich schwere körperliche Arbeit leisten.

Im Anschluss an einen durch Operation geheilten Fall von Empyem des Herzbeutels besprechen Dr. Peters und Dr. Rudolph die Indikationen und die Technik der Operation und empfehlen, im vierten Interkostalraum $^3/_4$ Zoll vom linken Sternalrand entfernt anzuschneiden. Der mit Eiter gefüllte Herzbeutel drängt sich nicht besonders nach vorne vor und gewährt nicht mehr Raum zum Einschneiden (ohne Pleuraverletzung) wie ein normaler.

Bei einer Stichverletzung des rechten Vorhofs resezierte Dr. Schwerin den 4. und einen Teil des 5. Rippenknorpels, erweiterte die Herzbeutelwunde, zog das Herz an einem Haltefaden, den er nach Pagenstechers Vorgang durch die Herzspitze legte, heraus und vernähte die kleine Wunde. Trotz Pneumonie, Pleuritis, Empyem der Pleura und des Perikard, die sich einstellten, heilte der Fall nach zwei Monaten.

Dr. Noll ging bei einer Schussverletzung des Herzens folgendermassen vor: Erweiterung der Einschussöffnung in Thoraxwand und Perikard; Naht der $1^1/_2$ cm langen Wunde, die stark blutete. Drainage des Perikard und der Pleura. Empyem. Heilung. Kugel (7 mm) lag unten in der linken Pleurahöhle.

Bei einer Stichverletzung des linken Ventrikels mit völliger Pulslosigkeit zog Dr. Wolf, um die Wunde vernähen zu können, das Herz mit einer Kugelzange heraus. Nach 14 Tagen Exitus an Empyem der Pleura und des Perikard.

Prof. Rehn (Frankfurt) hält das Fassen mit der Kugelzange für sehr gewagt. Man solle immer der Wunde nachgehen und nicht die Torflügelmethoden anwenden.

Prof. König hält die typischen Methoden für nicht entbehrlich, wenn z. B. die Verletzung von hinten oder von der Seite her erfolgt ist.

Dr. Wolff berichtet über drei Fälle von Herznaht wegen Herzverletzung, die Prof. Barth operiert hat. In allen drei Fällen handelte es sich um Stichverletzungen des Ventrikels, bei welchen

Digitized by Google

sich bereits die Wirkungen der Herztamponade geltend gemacht haben. Auf die Naht hin ist die Blutung stillgestanden; zwei Patienten sind genesen, der dritte ist an Perikarditis und Pleuritis einige Tage nach der Operation zu grunde gegangen. Im Anschluss an diese Beobachtung stellte Verfasser die bisher bekannt gewordenen 39 Fälle von Herznaht aus der Literatur zusammen und kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: Bei dem Verdachte auf Herzverletzung durch Stichwaffen ist die Operation auch ohne vitale Indikation zur Vermeidung späterer Schädigungen (Herzaneurysmen) geboten, hingegen sind Schussverletzungen des Herzens exspektativ zu behandeln. Die Sondierung der Wunde darf nicht vorgenommen werden; die einzige ungefährliche Methode zur Sicherstellung der Diagnose ist die schichtenweise Erweiterung der Wunde. Als Naht hat sich dem Verfasser die Kopfnaht am besten bewährt. Nach Ansicht des Verfassers soll die Herzbeutelwunde, wenn es nur möglich ist, primär geschlossen werden. Verfasser hat nämlich die Beobachtung gemacht, dass von den Fällen, bei welchen nach der Herznaht der Herzbeutel mit Gaze tamponiert wurde, ein grosser Teil an Perikarditis zu grunde ging, während die primär genähten Fälle zum grössten Teile (6 von 9 Fällen) zur Heilung kamen. Da eine Stichverletzung des Herzens meistens als rein anzusehen ist, dürfte die Naht des Herzbeutels nach Ausräumung der Gerinnsel in den meisten Fällen das entsprechendste Verfahren darstellen. Die Tamponade hat ausserdem noch den Nachteil, dass sich unbedingt grosse Synechien bilden müssen, die später funktionelle Störungen bewirken.

Um festzustellen, welches Verfahren zur Blosslegung des verletzten Herzens das geeignetste ist, hat Prof. Lorenz (Wien) die verschiedenen Methoden an der Leiche probiert. Nach Giordano muss eine geeignete Methode der Herzblosslegung folgende drei Bedingungen erfüllen: sie muss mit möglichster Schnelligkeit auszuführen sein, da das Leben oft von Minuten abhängt; die Bresche in der Thoraxwand muss weit sein, um eine genaue Untersuchung und bequemes Hantieren zu gestatten; die Methode darf nur wenig Assistenz erfordern. Daran reiht Verfasser die vierte Forderung an, dass die durch das Trauma nicht betroffene Pleura auch bei der Lappenbildung unter allen Umständen geschont werden muss. Verfasser ist nicht in der Lage, eines der bisher empfohlenen Verfahren herauszugreifen und als für alle Fälle geeignet zu bezeichnen, vielmehr soll der Operateur auch hier, wie überall, individualisieren. Die Mehrzahl aller Herz-Verletzten stirbt leider schon auf dem Wege ins Krankenhaus. Eine zweite Gruppe wird bald nach der Verletzung eingeliefert, und hier ist keine Minute zu verlieren, wenn man noch einen Erfolg erzielen will. Die Kranken einer dritten Gruppe werden bei noch befriedigendem Allgemeinbefinden dem Chirurgen zugeführt. Hier hat der Arzt für sein Vorgehen den grössten Spielraum. In diesen Fällen wird man das Brustbein möglichst intakt lassen. Eingehend beschreibt Verfasser ein von ihm bei mehreren Leichen angewandtes Verfahren, das ihm die Pleuren weniger zu gefährden scheint als die anderen, gleichfalls das Sternum temporär resezierenden Methoden. Der Operateur steht auf der rechten Seite. Der Schnitt, der sofort Haut und Pectoralis major durchdringen soll, beginnt unter der dritten Rippe am rechten Brustbeinrande, zieht in querer Richtung über das Brustbein und bis zwei Querfinger breit nach links vom Sternalrand, biegt hier um, verläuft in nach aussen oben leicht konvexem Bogen bis unter die Knorpelknochengrenze der fünften Rippe und von da an wieder wagerecht zum rechten Rande des Schwertfortsatzes, wo er in der Gegend des Ansatzes des siebenten Rippenknorpels endigt. Bei Frauen kann man den Schnitt die mediale Kontur der Mamma umkreisen lassen. Nun vertieft man vorsichtig den queren Schnitt im linken dritten Interkostalraum, bis man auf die Arteria mammaria interna und die beiden sie begleitenden Venen stösst. Diese Gefässe werden vorsichtig isoliert und zwischen zwei Ligaturen durchschnitten. Nun schiebt man mit dem Finger das Brustfell zurück. Dann durchschneidet man den von seinem Pleuraüberzuge ent-

Digitized by Google

blössten vierten Rippenknorpel, worauf man ohne Gewaltanwendung die Fascia endothoracica und damit beide Pleuren und den Herzbeutel vom Brustbein abhebeln kann. Die Rippenknorpel und die noch stehen gebliebene Muskulatur durchschneidet Verfasser nach dem Vorschlage Wehrs mit dem schräg gehaltenen, geknöpften Skalpell an den durch den Hautschnitt vorgezeichneten Stellen. Nach dem Durchschneiden des vierten bis siebenten Rippenknorpels führt Verfasser die eine Branche einer starken Baumschere unterhalb der dritten Rippe hinter das Sternum ein und zwickt dieses durch. Dann klappt Verfasser den ausgeschnittenen Deckel durch Luxation in den rechtsseitigen Brustbeinknorpel-Gelenken auf. Nach vollendeter Aufklappung hat man die Umschlagstelle der linken Pleura und unter Umständen auch die rechte Pleura vom Herzbeutel wegzuschieben, was wieder mit dem Finger unschwer gelingt, worauf man eine Falte des Herzbeutels aufhebt und den Herzbeutel entsprechend der Längsachse des Herzens breit eröffnet. Manchmal wird es nötig sein, das Herz in toto aus dem Herzbeutel herauszuheben. Die ganze Voroperation ist in wenigen Minuten auszuführen. Assistenz ist sehr wenig erforderlich. Wo nicht höhere Interessen die temporäre Resektion des Brustbeins erfordern, ist sie zu vermeiden.

Die Kardiolysis und ihre Indikationen von Prof. Brauer (Arch. f. klin. Chir. 71. Bd. 1. H.). — Über Empyem des Herzbeutels von DDr. Peters und Rudolph (Edinb. med. Journ. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 22). — Dr. Schwerin, Dr. Noll, Dr. Wolf, Prof. Rehn und Prof. König, Über operativ behandelte Herzverletzungen auf dem Chirurgenkongresse zu Berlin (Ther. d. Gegenw. 7. H.). — Über 3 Fälle von Herznaht wegen Herzverletzung von Dr. Wolff (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 69. Bd. 1. H.). — Die Blosslegung des verletzten Herzens von Prof. Lorenz (Arch. f. klin. Chir. 67. Bd. 2. H.).

Herzkrankheiten. Mit Rücksicht auf theoretische Erörterungen und die klinische Erfahrung sollte, wie Prof. Kraus (Berlin) ausführt, bei der Behandlung Herzkranker die Regelung der Flüssigkeitszufuhr grundsätzlich im Verhältnisse zu den Ausscheidungen erfolgen. Die Indikation zur stärkeren Einschränkung der Flüssigkeitszufuhr hat sich also nicht mehr nach der irrtümlichen „hydrämischen Plethora" zu richten, sondern wird bestimmt gegeben sein, sobald die Flüssigkeitsretention beginnt oder bei schon bestehendem Hydrops zunimmt. Der grösste Übelstand für eine Übertragung des Verfahrens in die Praxis liegt darin, dass wir eine genaue Kenntnis der Wasserbilanz Herzkranker nicht besitzen. Da für die Wasserausscheidung ausser der Grösse der Wasserzufuhr auch die Menge der in den Nieren eliminierten Stoffe, die Perspiration durch Lungen und Haut, Aussentemperatur, Feuchtigkeit der Luft u. a. m. in Betracht kommen, lassen sich bestimmte Werte für Abgabe und Zufuhr kaum aufstellen. Ob nun beim dekompensierten Herzkranken eine Verschiebung der Beteiligung der einzelnen Organsysteme an der Wasserausscheidung zu stande kommt, wissen wir nicht, und deshalb sind die einfachen „Differenzbestimmungen" nach Oertel ungenügend zur Beurteilung des Wasserumsatzes. Einen passenden Massstab für die Beurteilung der Notwendigkeit einer Beeinflussung des Wasserhaushaltes glaubt Kraus in der vollkommenen osmotischen Analyse (Gefrierpunkts-, elektrische Leitfähigkeitsbestimmung) des Stauungsharnes sowie in der quantitativen Bestimmung der wichtigsten Harnbestandteile (N, Na Cl) gefunden zu haben und in der Relation Ce : C (Konzentration der Elektrolyte : Gesamtkonzentration in Molen) einen brauchbaren Gradmesser der renalen Stauung sehen zu dürfen. Die theoretische Unterlage dieses Massstabes liegt folgendermassen: Bei schweren Kompensationsstörungen ist dennoch die Gesamtmolenausscheidung eine relativ hohe, da die Verlangsamung der Blutströmung den osmotischen Austausch zwischen Glomerulusfiltrat und Nierenvenenblut begünstigt. Da dieser Austausch hauptsächlich die Elektrolyte betrifft, wird der Quotient Ce : C um so geringer, je stärker die Nierenstauung ist. Ferner lehrte die Erfahrung, dass sowohl bei Kalomel- als Digitalisdiurese Ce : C wächst. Es ist also die Änderung der Relation Ce : C ein Symptom, welches früher als die anderen Zeichen

Digitized by Google

(Stauungsharn, Wachsen seiner Molekularkonzentration) die Insuffizienz des Kreislaufes erkennen lässt. Auch die vergleichende Untersuchung des Blutplasmas kann weiteren Aufschluss geben. Wird der Harn gegenüber dem Serum elektrolytenärmer, so bedeutet dies ebenfalls Flüssigkeitsretention. Es kann also frühzeitig durch diese Methoden die Störung erkannt und durch Regelung des Wasserhaushaltes bekämpft werden. Die Bedenken, welche darin liegen, dass durch Flüssigkeitsentziehung bei Herzkranken die an und für sich abnorm hohen osmotischen Druckwerte des Blutes noch gesteigert werden, werden durch die von Kraus auch experimentell festgestellte, a priori zu behauptende Tatsache hinfällig, dass der Organismus ja nicht Wasser, sondern Salzlösungen ausscheidet und sehr energisch an seiner Eigenkonzentration festhält. Die Frage, auf welche Weise die Wasserentziehung — Entnahme oder Einschränkung der Zufuhr — stattfinden soll, findet natürlich in diesen Kriterien keine Antwort. Die praktischen Erfahrungen lehren, dass Fälle mit Stauung und manifesten Ödemen und verringerter Harnmenge eine Steigerung der Harnmenge nach Reduktion der Wassereinnahmen erkennen lassen. Andere Fälle verhalten sich wieder gegenteilig. Die Ursache dieser häufigen Misserfolge liegt zum Teil darin, dass die Herzkraft vieler Kranken bereits zu stark gesunken ist, was also dazu auffordert, gleichzeitig mit der Wassereinschränkung Cardiotonica zu reichen. Ausserdem spielen aber bei schon bestehenden Ödemen gewiss noch die Störungen der komplizierten Druck- und Spannungsverhältnisse zwischen Lymphspalten, Blutgefässen und Geweben eine hervorragende Rolle. Diese Erfahrungen zwingen uns dazu, die diätetische Beeinflussung des Wasserhaushaltes vorwiegend als Präventivmassregel anzusehen, neben der Regelung der Wassereinnahmen aber immer auch die anderen Methoden der Flüssigkeitsentziehung zu verwerten. Die praktischen Erfolge, welche Kraus seit Jahren mit dem Trockenregime gemacht hat, sind ziemlich günstige. Schon alleinige Flüssigkeitsreduktion wirkt manchmal steigernd auf die Diurese. Bei der Wasserentziehung ging Kraus stets sukzessive vor, von 1500 ccm beginnend bis auf 800 als untere Grenze. Ausschliessliche „Durstkuren" hat Kraus nie angewendet. Nachteile wurden keine beobachtet.

Im Handbuch der physikalischen Therapie wird die gleichnamige Therapie der muskulären Insuffizienz des Herzens und der Erkrankungen des Perikards in besonders lehrreicher Weise von Prof. Lazarus (Berlin) dargestellt. Bezüglich der ersteren hebt Lazarus hervor, dass, wenn schon nach einer besonderen Anstrengung dem Herzmuskel ein erhöhtes Mass von Ruhe gewährt werden muss, bei einer vorliegenden Überanstrengung ein noch viel höheres Mass von Ruhe und Erholung zu beanspruchen ist, wobei aber auch die materielle Veränderung, soweit sie restitutionsfähig ist, Berücksichtigung finden muss. Dem Herzmuskel hinreichende Ruhe zu verschaffen, muss die Grundlage der Therapie sein. Bezüglich des Örtelschen Verfahrens bemängelt Lazarus, dass die im Anfang vorzunehmende Differenzbestimmung keinen sicheren Anhalt über die Flüssigkeitsausscheidungen gibt, bezüglich der Terrainkuren wünscht er, dass sie stets dem Individuum direkt angepasst und zu jeder Zeit und an jedem Orte ausgeführt werden können; am wichtigsten ist nach ihm dabei die Tageszeit, die Wegzeit und hinreichende Kontrolle von Puls und Atmung; sehr interessant ist sein Verfahren, bei gleicher Wegzeit die Weglänge und die Belastung zu modifizieren; auch vorsichtig gesteigertes Treppensteigen gehört im weiteren zur Behandlung. Die schwedische Gymnastik hält Lazarus für ein ganz ausgezeichnetes Heilmittel in den Fällen, wo der Herzmuskel noch keine bemerkenswerten Zeichen von Schwäche zeigt, besonders bei Fettleibigen, und zwar in Verbindung mit Massage oder Widerstandsbewegungen. Die Aufstellung geeigneter Apparate in den Krankenhäusern ist sehr ratsam. Der Schottschen kühlen und warmen Bädertherapie gegenüber verhält sich Lazarus etwas reserviert und seine gymnastischen Übungen hält er für zu kompliziert und meint: dass dabei an die Willensäusserung des Kranken zu grosse Anforderungen ge-

Digitized by Google

stellt werden. Dies hindert ihn jedoch nicht, einen weiteren Ausbau dieser Methoden als wünschenswert zu bezeichnen. Einem vorsichtig bemessenen Sport vindiziert Verfasser eine nicht unerhebliche Bedeutung für die Therapie, eine noch grössere aber für die Prophylaxe, die ebenbürtige Zwillingsschwester aller Therapie; gleiches gilt für Turnen und Gymnastik, vor allem im jugendlichen Alter, mit Bevorzugung von Freiübungen und Turnspielen im Freien. Über das Bergsteigen, Schwimmen und Schlittschuhlaufen, soweit Parforceleistungen vermieden werden, weiss Lazarus nur Empfehlendes zu sagen. Beim Radfahren hat man sich vor unrichtiger Schätzung der Leistungen zu hüten, ferner vor Erkältungen durch geeignete Kleidung und vorsichtige Abhärtung. Entsprechend den ätiologischen Prädispositionen kommen prophylaktisch ferner operative Beseitigung adenoider Wucherungen, Hebung von Skrofulose und Rachitis durch Solbäder, Solinhalationen, diätetische Massnahmen, Gymnastik und Orthopädie in Betracht, bezüglich der abnormen Entwickelung des Unterhautfettgewebes besonders diätetische und sportliche Anwendungen. Wichtig ist sodann die „Disziplinierung des ganzen psychischen Lebens", die als wesentlicher Faktor einer guten Krankenpflege auch für die spezielle Therapie der Herzmuskelinsuffizienz neben der körperlichen Ruhe zunächst zur Geltung kommt. Die Zeit, in der man mit Übungen zu beginnen hat, wird am besten durch die Beschaffenheit des Pulses und Blutdrucks angedeutet. Vorerst wird man warme Bäder, dann kohlensäurehaltige Solbäder heranziehen, welche letzteren auch vorsichtig zu dosieren sind. Auch lokale Kälteapplikation auf das Herz zeigt bisweilen entschieden günstigen Einfluss, besonders bei Kranken mit nächtlichen Anfällen von Atemnot und Herzbeklemmungen, in Form der Eisblase oder der Ätherkompresse; gleiche Wirksamkeit vindiziert Verfasser subkutanen Morphiuminjektionen. Massage im Bett ist vorteilhaft, doch hat sich die Fibrationsmassage des Verfassers nicht bewährt. Geht man dann von der Schonung zur Übung über, so zieht man die aktiven und Widerstandsbewegungen in Betracht. Bei der Behandlung der Herzinsuffizienz der Fettleibigen ist eine weitgehende Kombination und Modifikation der hierfür empfohlenen Methoden nötig, daneben tritt die diätetische Behandlung in den Vordergrund, die nicht in Unterernährung, sondern in geeignet modifizierter Ernährung gipfelt. Milde Schweisserzeugung, Mechanotherapie kommen hinzu. Die Behandlung wird zu einer mehr ambulatorischen, für die dann Luftveränderungen, Kurorte, medikomechanische Institute, hydriatische Institute dienen. Bezüglich der Luftkuren empfiehlt Lazarus ausschliesslich mittlere Höhen von 6—800 m, den Aufenthalt am Nordseestrande verwirft er gänzlich wegen der häufigen Winde. Bezüglich der Frage der ausschliesslich für Herzkranke zu errichtenden Sanatorien, welche neuerdings mehrfach ventiliert worden ist, meint Lazarus, dass für sie nur Kranke im mittleren Stadium in Betracht kommen, die sich von den ersten alarmierenden Symptomen erholt haben, und für die dann die spezielle physikalische Therapie eingeleitet werden soll; im ersten Stadium der Erkrankung hält er die häusliche Behandlung, im Stadium schwererer Erkrankung die eigentliche Hospitalbehandlung für besser. — Was die Therapie der Perikarditis anlangt, die entweder eine primäre oder sekundäre ist, so handelt es sich darum, die Entzündung zu bekämpfen. Neben Morphium, zur Verminderung des Schmerzgefühls und der damit verbundenen gesteigerten Herzaktion, ist die Anwendung der Kälte sehr zu empfehlen, am wirksamsten in Form des Kühlschlauches. Wichtig ist eine bequeme Lagerung, nützlich Umwickeln des Thorax mit breiten Binden. Derivierend wirken Teilpackungen und Teilumschläge, resorptionsfördernd in manchen Fällen Kataplasmen, Jodpinselungen etc. Bei der kapselartigen Umwachsung des Herzens durch das Perikard muss vor allem der konsekutiven Degeneration des Herzmuskels entgegengetreten werden. Aussichtsvoll, auch bei den Synechien mit der Pleura, ist vorsichtige Massage und Gymnastik, und bei letzteren eignet sich besonders auch die pneumatische Behandlung. Bei Neigung des perikardialen Ex-

Digitized by Google

sudats zur Anhäufung müssen zu den physikalisch-therapeutischen Massnahmen Medikamente zur Erhaltung einer kräftigen Herztätigkeit treten. Nach Erreichung einer starken Diurese sind später warme Solbäder mit leichten passiven Bewegungen zu empfehlen. Bei eitrigem oder blutigem Exsudat versagt die physikalische Therapie und kommt hier höchstens die Punktion in Frage.

Dr. Moeller weist auf die Wichtigkeit der Ruhe als Mittel zur Erholung des Herzens hin. Er betont die Bedeutung der funktionellen Diagnose gegenüber der anatomischen. Er empfiehlt absolute Ruhe bei schweren Erkrankungen, relative Ruhe und zeitweise Ruhe bei leichteren Affektionen.

Prof. Hoffmann (Düsseldorf) publiziert sechs Fälle von Herzjagen, bei dem die Herztätigkeit ausserordentlich beschleunigt war (140—300 Schläge in der Minute). Das Herzjagen äussert sich in scharf umschriebenen Anfällen, vor und nach deren Auftreten ist häufig irreguläre Herzaktion zu beachten. Bei den vom Autor beobachteten Fällen spielten ätiologisch körperliche Anstrengungen oder psychische Aufregungen eine gewisse Rolle, (in einem Falle Potatorium); eine organische Herzerkrankung war nicht nachweisbar. Die Herzaktion war während des Anfalles stets sehr beschleunigt, aber regelmässig; der Anfall begann und endete plötzlich; Dilatation bestand nicht (Röntgenbild), im Gegenteil war das Herz infolge „Hypodiastole" klein, auskultatorisch war Gleichwerden der Töne und Embryokardie nachweisbar, keine Geräusche; im ersten Fall mehrfache Intermissionen. Der Blutdruck war in und ausserhalb des Anfalles nahezu gleich, der Mittelwert ziemlich niedrig, die Atmung ungestört. In allen Fällen bestand bei linker Seitenlage ein mehr weniger starkes Wandern des Spitzenstosses nach der Axilla zu; die Kranken fühlten sich im Anfalle selbst unbehaglich, zum Teil ängstlich. Die Pulskurve zeigt, dass durchwegs im Anfalle die Herzaktion genau oder annähernd genau die doppelte Frequenz ergibt, besonders unmittelbar nach dem Anfalle. Es handelt sich beim Herzjagen wohl um „eine Umstimmung der Erregbarkeit des Herzmuskels". Die Anfälle werden wohl durch nervöse Einflüsse auf den Herzmuskel ausgelöst, die das ganze Herz betreffen, und ihren Ausgangspunkt in den Zentren der Herznerven, i. e. in der Medulla oblongata haben. Die Prognose ist im ganzen nicht ungünstig. Sofortiges Hinlegen, tiefes Atemholen oder auch Anhalten des Atems bei tiefer Inspiration, eventuell Druck auf den Vagus ist zur Kupierung des Anfalles zu versuchen, Nikotin- und Alkoholgenuss, geistige Anstrengung zu verbieten.

Dr. Wood unterscheidet vier Stadien bei chronischen Herzkrankheiten: 1. Das Stadium der ausreichenden Kompensation. 2. Das Stadium, in welchem das Herz bei günstigen Umständen gut funktioniert, aber doch bei mässiger Anstrengung versagt. 3. Das Stadium, in dem die Zirkulation nicht mehr ganz ausreicht, und eine geringe Anstrengung schon genügt, um eine Wendung hervorzurufen. 4. Im vierten Stadium besteht hochgradige und nicht mehr zu beseitigende Schwäche des Herzens. Die Patienten der ersten Klasse brauchen ausser der Vermeidung von Überanstrengungen keine besondere Therapie ausser etwa bei abnorm hoher Spannung im Arteriensystem oder bei zu schneller Herzaktion. Alsdann sind für diese Patienten, wie aber namentlich für diejenigen der zweiten Gruppe Bäder und Heilgymnastik vor allem indiziert. Im dritten Stadium nimmt die Anwendbarkeit dieser Behandlung ab, während Medikamente noch etwas Nutzen schaffen können, und in der vierten Serie ist sie direkt kontraindiziert. Von grösster Bedeutung ist es, dass der Hausarzt, der doch die Patienten in den ersten Stadien sieht, die mediko-mechanische und balneologische Behandlung rechtzeitig einleitet. Man muss dem Herzen die Arbeit vermindern, dessen Muskulatur stärken und ihm das richtige Mass von Arbeit zuweisen. Bäder von 33—35° C bewirken eine mässige Erweiterung der Gefässe und Verlangsamung der Pulsfrequenz. Bei 30° C tritt eine Kontraktion der peripheren Gefässe ein nebst erheblicher Steigerung der Kammerkontraktion und allgemeiner Stimulation. Zu

Digitized by Google

dieser niedrigen Temperatur geht man nur ganz allmählich über, nachdem man zuerst Bäder von 15 Minuten Dauer (oder weniger) bei der höheren Temperatur gegeben hat. Als nützlicher Zusatz dient für jedes Vollbad 5 Pfund Kochsalz nebst 150 g Calciumchlorid und 1/2 Schachtel der Sandowschen Mischung zur Entwickelung von Kohlensäure. Nach dem Bade wird zwei Stunden lang geruht. Die Konzentration der Bäder kann allmählich auf 6% erhöht werden. Dazu kommen Widerstandsbewegungen, eventuell mittelst einer Anordnung von Rollen und Gewichten.

Dr. Chapman bezeichnet folgende Gruppen als geeignet für die Behandlung mittelst Bädern und Heilgymnastik: 1. Rekonvaleszenten von Herzkrankheiten nach Verlauf einer längeren Ruhepause. 2. Fälle von Herzbeschwerden ohne organische Läsionen, 3. Patienten mit beginnender Gefässentartung am Herzen, 4. die grosse Gruppe der Neurotiker. Gegenindiziert ist die Behandlungsweise bei allen weit vorgeschrittenen Herzleiden, bei Fällen von ausgesprochener Erkrankung der Herzgefässe, namentlich bei gleichzeitiger Albuminurie und bei Patienten aus der Arbeiterbevölkerung, da diese vor allen Dingen Ruhe nötig haben.

An Prof. Schlesingers Abteilung des Kaiser Franz Josef-Spitales in Wien untersuchten Dr. Neumann (Gainfarnböslau) und Dr. Frick (Nauheim) die Frage, wie sich das Herz von Herzkranken zu den verschiedenen Methoden der Bauchmassage (Knetung, Kolonstreichung, Klopfung, Packung) verhält. Sie kamen zu dem Resultate, dass die Bauchmassage bei Herzkranken ohne schwere Kompensationsstörung nicht nur erlaubt ist, sondern sie wird in gewissen Fällen mit grosser Wahrscheinlichkeit als Nebenwirkung auch für das Herz Nutzen bringen. Namentlich dann, wenn die Herzaktion beschleunigt ist, wird man meistens eine Herabsetzung der Pulsfrequenz erzielen. Für diese Fälle ist die Knetung und Streichung am meisten indiziert.

Dr. Satterthwaite (New-York) gibt Herzkranken regelmässig mit Digitalis auch Nitroglyzerin, das die Gefässe erweitert, so dass durch Verminderung der peripherischen Widerstände dem Herzen die Arbeit erleichtert wird. Bei beginnender Kompensationsstörung ist nach Autor nichts besser als Strychnin (1—2 mg). In Schwächezuständen alter Leute bewährt sich Arsen, bei Fettherz Tinct. Cretegi oxyacanth., bei Myokarditis Tinct. cacti oder cerei grandiflor., Nebennierenextrakt (6—30 cg). Zinkbromid (6 mg) beruhigt das Herz. Bei Cyanose und Dyspnöe wird Nitroglyzerin (1/2—1 mg stündlich) empfohlen, doch sind Fälle von „Nitroglyzerinsucht" bekannt geworden. Schlafmittel können oft durch ein CO_2-Bad unmittelbar vor dem Zubettgehen ersetzt werden. Als zweckmässiges Abführmittel empfiehlt Satterthwaite eine Mischung von gleichen Teilen schwefelsauren, phosphorsauren und neutralen weinsauren Natrons (4—8 g eine Stunde vor dem ersten Frühstücke in heissem Wasser zu nehmen). Bei Arteriosklerose ist langer Fortgebrauch von Jodiden in kleinen Dosen nicht zu missen. Energisch wird vor falscher Anwendung von Digitalis und Opiaten, auch dem neuerlich empfohlenen Heroin gewarnt und vor allem einem vernünftigen Masshalten in Ruhe und Bewegung das Wort geredet.

Wie Dr. Schädel (Nauheim) ausführt, hat das Chlorbaryum in kleinen Dosen (0,01—0,05 1—2 mal täglich), innerlich eine der Digitalis ähnliche Wirkung auf das Herz. Es verlangsamt den Puls und erhöht den Blutdruck. Schädel empfiehlt es daher an Stelle der Digitalis und rühmt ihm grössere Sicherheit, als der Digitalis nach.

Dr. Firiczky (Budapest) wandte bei den verschiedensten Herzerkrankungen das Baryumchlorid an, sah jedoch nur einen günstigen Erfolg bei Herzmuskelerkrankungen. Inkompensierte Klappenerkrankungen blieben ohne Einfluss. Firiczky konnte gegenüber Schädel keinen oder einen nur ganz geringen Einfluss auf die Pulszahl konstatieren, im übrigen decken sich seine Erfahrungen so ziemlich mit denen Schädels. Vergiftungserscheinungen lassen sich bei vorsichtiger Dosierung vermeiden.

Digitized by Google

Dr. Braun (Wien). In klarer und übersichtlicher Weise behandelt Verfasser in seinem Lehrbuche die derzeit herrschenden Richtungen für die Behandlung des kranken Herzens. In einer Einleitung werden wir vorerst mit der physiologischen Funktion des ganzen Blutbewegungsapparates, mit den hier platzgreifenden pathologischen Veränderungen und mit der Beurteilung des Grades der Herzinsuffizienz bekannt gemacht. Es folgt die „allgemeine Therapie", als medikamentöse, diätetische und physikalische Therapie. Die hydriatische Behandlung ist von Dr. Strasser, die mechanische Behandlung von Dr. Bum in Wien in kleinen Kapiteln separat bearbeitet. Der Besprechung der Prophylaxe lässt Braun die „spezielle Therapie" folgen. Einige Kapitel, wie: „Ist der Herzkranke über seinen Herzfehler aufzuklären?", „Berufswahl", „Die Ehe Herzkranker", „Kleidung und Abhärtung" etc. können geradezu als klassische Beispiele überaus instruktiver, sich aber dabei ganz anspruchlos gebender Vorlesungen angesehen werden. Der Hauptgedanke des Werkes, Mittel und Wege anzuraten, wie die gestörte Funktion des Herzmuskels gebessert resp. wiederhergestellt werden könne, wird streng logisch und systematisch von Braun und seinen rühmlichst bekannten Mitarbeitern in einer Weise durchgeführt, dass jeder Arzt aus diesem Werke sich Belehrung holen kann. Die zahllosen praktischen Winke, die Kritik der neueren und neuesten Methoden und Mittel, das liebevolle Eingehen in alle Details der Behandlung lassen jedermann erkennen, dass der Verfasser des Werkes ein bewährter Kliniker ist, der aus Eigenem schöpft. Das auch buchhändlerisch gut ausgestattete Werk (grosser Druck!) sei hiermit aufs beste empfohlen.

Über die diätetische Beeinflussung des Wasserhaushaltes bei der Behandlung Herzkranker von Prof. Kraus (Ther. d. Gegenw. 7. H. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 8. H.). — Physikalische Therapie der muskulären Insuffizienz des Herzens und physikalische Therapie der Erkrankungen des Perikards von Prof. Lazarus im Handbuche der physikalischen Therapie, herausgegeben von Prof. Goldscheider und Dr. Jacob (Verlag von G. Thieme, Leipzig). — Ruhebehandlung der Herzkrankheiten von Dr. Moeller (Presse méd. belge. — Schm. Jahrb. 277. Bd. 2. H. 6). — Neue Beobachtungen über Herzjagen von Dr. Hoffmann (Deutsches Arch. f. klin. Med. 78. Bd. 1. u. 2. H. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 47). — Dr. Wood und Dr. Chapman über Bäder und Gymnastik bei chronischen Herzkrankheiten in der West London Medico-Chirurgical Society (Münch. med. Wochenschr. Nr. 13). — Bauchmassage bei Herzkranken von DDr. Neumann und Frick (Ther. Monatsh. 12. H.). — Die Behandlung der Herzkrankheiten von Dr. Satterthwaite (Post-Grad. Nr. 17. — Schm. Jahrb. 277. Bd. 2. H.). — Dr. Schädel über Chlorbaryum als Herzmittel in der Berliner medizinischen Gesellschaft (Med. Woche Nr. 8). — Die Verwendung von Baryumchlorid bei Herzkranken von Dr. Firiczky (Budapesti orvosi ujság Nr. 17). — Therapie der Herzkrankheiten von Dr. Braun (Verlag von Urban & Schwarzenberg, Wien und Berlin).

Hetralin. Hetralin ist ein Dioxybenzolhexamethylentetramin, ein im Wasser leicht löslicher Körper, der nach Dr. Ledermann (Berlin) in Tagesdosen von 1½—2 g (3—4 mal täglich 0,5 g) gegeben, in zahlreichen Fällen von akuter und chronischer gonorrhoischer Urethritis posterior und Cystitis, mit und ohne Gonokokkenbefund, ausgezeichnete, weit bessere Wirkung als Urotropin und Helmitol gehabt hat und vom Magen-Darmkanal und den Harnwegen ausnahmslos gut vertragen wurde. Nach kurzem Gebrauch von Hetralin trat meistens eine Klärung des Urins ein, und die subjektiven Beschwerden liessen schnell nach.

Über Hetralin von Dr. Ledermann (Derm. Zentralbl. Nr. 2. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 41).

Heufieber. Prof. Dunbar (Hamburg) hebt hervor, dass die nächste Ursache des Heufiebers die Einwirkung von Gräserpollen auf die Schleimhäute ist. Der Verfassers ist der Ansicht, dass die Empfänglichkeit erworben werden könne. Aus den Stärkestäbchen der Gräserpollen stellte Dunbar einen in Blutserum löslichen Stoff dar. Brachte er dieses Gift den Heufieberpatienten bei, so zeigten sich die Symptome der Krankheit, bei örtlicher Anwendung örtlich; bei Einspritzung unter die Haut doppelseitig und sehr stark. Auf Gesunde wirkte das Gift gar nicht. Auch spritzte Verfasser das Gift Kaninchen ein und verwendete das Serum der Tiere versuchsweise als Antitoxin. Es

Digitized by Google

ergab sich, dass in der Tat durch Einspritzung des Antitoxins bei Heufieberkranken eine vorübergehende Immunität gegen das Pollengift erreicht werden konnte. Auch wurde die Wirkung des Giftes gehemmt, wenn ihm vor der Einträufelung in Nase oder Auge das Antitoxin beigemengt worden war.

Dr. Thest (Hamburg) berichtet über die bis jetzt mit dem Dunbarschen Antitoxin erzielten Resultate. Es liegen Berichte über 47 Fälle vor. In 27 war der Erfolg absolut günstig, in 12 war das Resultat nur teilweise gut oder kurz dauernd, in 8 blieb das Mittel wirkungslos. Besonders wertvoll ist das Antitoxin in differentialdiagnostischer Beziehung, da das Eintreten, resp. das Ausbleiben der Reaktion die Unterscheidung der dem Heufieber ähnlichen Erkrankungserscheinungen ermöglicht. Das Antitoxin wirkt ausschliesslich auf die Symptome des Heufiebers und klärt daher bei Komplikationen mit anderweitigen Erkrankungen (Herzfehlern, Affektionen der Atmungsorgane) das Krankheitsbild. Thest weist statistisch nach, dass zur Erkrankung besonders Personen disponiert sind, welche sich bei körperlichen und geistigen Anstrengungen viel im Freien aufhalten müssen (Offiziere, Ärzte etc.). Er betont dabei aber, dass diese Disposition durchaus noch nicht geklärt ist, z. B. bei der Bevölkerung des platten Landes Heufieber überhaupt nicht beobachtet wird. Bei der Behandlung sind in erster Linie allgemein hygienische Massregeln (Abhärtung, Aufenthalt in geschlossenen kühlen Räumen, Vermeidung zu warmer Kleidung, besonders wollener Unterkleidung, und aller Reizmittel) zu treffen; weiter kommt die Lokalbehandlung der Nase (Kokain, Adrenalin, Spülungen, Ätzungen) in Frage, die aber stets vor Eintritt der Heufieberperiode zu beenden ist; wichtig ist es, dass besonders die höheren Abschnitte der Nase mit den Mitteln in Berührung kommen. Um die Infektion zu verhindern, können Nasenabschlussapparate benutzt werden, Taschentücher und auch Hemden müssen nach der Wäsche in geschlossenen Räumen getrocknet werden. Will man die Heufieberpatienten nach der Attacke auf Reisen schicken, so ist vor allen Dingen daran zu denken, dass sie nicht in Gegenden kommen, wo sie sich wieder infizieren können. In betreff der Antitoxinbehandlung ist zu bemerken, dass die Kranken das Mittel 3—4mal täglich in Auge und Nase (hier auch in die höheren Partien) bringen müssen, sonst wird der gewünschte Erfolg nicht erzielt; mit dem von Dunbar jetzt hergestellten pulverförmigen Präparat hat Thest keine guten Resultate erreicht.

Dr. Fink (Hamburg) hält das Heufieber, die Hydrorrhoea nasalis, die Coryza spasmodica, den Eisenbahnschnupfen, den Rosenschnupfen und ähnliche Affektionen für ätiologisch verschiedene Ausdrucksformen ein und derselben Krankheit, einer Coryza nervosa. Das Sekret stammt nach Fink meist aus der Kieferhöhle. Ursache der Hypersekretion ist eine abnorme Empfindlichkeit der letzten Endigungen des Nervus trigeminus. Fink glaubt nun, für alle Formen der Coryza nervosa ein durchaus zuverlässiges Heilmittel gefunden zu haben, welche theoretisch sowohl begründet erscheint, wie es sich auch praktisch bewährt hat und zwar ausnahmslos in allen unkomplizierten Fällen, in welchen es angewendet worden ist. Es besteht in der Einblasung von Aristol in die Kieferhöhle. Die Applikation geschieht mittelst gebogener Metallröhren, mit welchen die natürliche Öffnung der Kieferhöhle im mittleren Nasengang aufgesucht wird. Zwei bis sieben Einblasungen sollen zur Heilung genügen.

Zur Ursache und spezifischen Heilung des Heufiebers von Prof. Dunbar (Verlag von Oldenburg, München und Berlin. — Schm. Jahrb. 279. Bd. 7. H.). — Dr. Thost über die klinischen Symptome des Heufiebers und ihre Behandlung im ärztlichen Verein zu Hamburg (Münch. med. Wochenschr. Nr. 25). — Das Heufieber und andere Formen des nervösen Schnupfens von Dr. Fink (Haugs klin. Vortr. 5. Bd. 6. H. — Ther. Monatsh. 4. H.).

Hydrocephalus. Prof. v. Bókay (Budapest) hat die systematische Lumbalpunktion in 30 Fällen von Hydrocephalus chronicus internus bei Kindern in Anwendung gebracht. Auf Grund seiner Erfahrungen empfiehlt v. Bókay, dass besonders bei chronischem Hydrocephalus im Gefolge von Hirnhautentzün-

Digitized by Google

dungen das systematische Quinckesche Verfahren in weiterem Kreise versucht werde, betont jedoch, dass die Einstiche nicht in zu kurzen Zwischenräumen wiederholt werden, sollen und dass nicht auf einmal zu viel Ventrikelflüssigkeit entleert werden soll; denn es kann bei zu rasch wiederholten Punktionen der Eiweissgehalt des Liquor cerebrospinalis bedeutend anwachsen, wobei der Kranke den grossen Eiweissverlust schlecht verträgt. Notwendig ist, dass die Kommunikation zwischen den Hirnventrikeln und dem subduralen Raum frei besteht, und das ist bei angeborenem und erworbenem Hydrocephalus internus in der Regel der Fall.

Über den Wert der systematischen Lumbalpunktion bei der Behandlung des Hydrocephalus chronicus internus bei Kindern von Prof. v. Bókay (Jahrb. f. Kinderheilk. 2. H. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 4. H.).

Hydrops anasarka. Dr. Trzebinski ist der Ansicht, dass für die Mehrzahl der Fälle von Hydrops anasarka die Punktion mit Drainage die zweckmässigere Operation sei. Wendet man Einschnitte an, die bei Sklerose der Haut an den unteren Extremitäten indiziert sind, so soll man dieselben nicht zu gross anlegen (nicht über 3 cm). Die Punktion wird jetzt meistens mit Troikarts ausgeführt, Hohlnadeln werden gegenwärtig wohl nur selten gebraucht. Seitliche Öffnungen an den Kanülen sind unnötig. Was die Stärke der Instrumente anbetrifft, so braucht der Querschnitt der Kanülen $2^1/_2$—3 mm nicht zu überschreiten, da schon viel dünnere mitunter ganz erhebliche Mengen Flüssigkeit liefern. Die Troikarts werden am zweckmässigsten an beiden Extremitäten, einige Zentimeter über den Malleoli externi, in der Richtung nach oben, eingestochen, und die freien Enden des Drains, deren Füllung mit antiseptischer Lösung entbehrt werden kann, in die zur Aufnahme der Flüssigkeit bestimmten Gefässe (sehr zweckmässig sind dazu gewöhnliche Weinflaschen), hineingelassen. Nach Herausnahme des Stilets soll die Flüssigkeit sofort in die Behälter rasch heruntertröpfeln. Erfolgt der Ausfluss gar nicht oder zu langsam, so versucht man die entsprechende Kanüle vorsichtig etwas zu verschieben, eventuell nach Abnahme des Drainrohrs, — was sehr leicht, ohne den Kranken zu belästigen, gemacht werden kann, wenn dasselbe nicht über die Kanüle selbst, sondern über einen von Michael angegebenen herausnehmbaren Aufsatz gezogen ist — das Lumen der Kanüle mit einer frisch geglühten Sonde von den es eventuell verschliessenden Gerinnseln zu befreien. Sobald der Abfluss in Gang gesetzt ist, wird der Unterschenkel mit sterilisierter Gaze und Watte verbunden, so dass aus dem Verbande nur das Ende der Kanüle mit dem Drainrohr hervorschaut. Die gekrümmten Kanülen sind deswegen praktischer als die geraden, weil sie nicht nur das Anlegen des Verbandes in keiner Weise stören, sondern im Gegenteil durch denselben in ausgezeichneter Weise „in situ“ befestigt werden, infolgedessen der Patient eine verhältnismässig grosse Freiheit der Bewegung erlangt, indem er nicht unbedingt an einen Sessel gebunden ist, sondern, ohne ein Herausfallen der Kanülen befürchten zu müssen, einige Schritte tun und sogar sich niederlegen darf. Dieser Umstand gibt wiederum die Möglichkeit, die Kanülen, die in diesem Fall natürlich versilbert oder noch besser vergoldet sein müssen, in den Wunden zu lassen, so lange überhaupt noch Flüssigkeit abfliesst und auf diese Weise das für die Kranken sehr lästige und rücksichtlich der Infektionsgefahr nicht gleichgültige Nachtröpfeln der Flüssigkeit nach Herausnahme derselben zu vermeiden. Aus diesen Gründen ist aber auch der Vollverband dem früher empfohlenen Befestigen der Kanüle vermittelst Gazestreifen, die mit Kollodium getränkt sind, entschieden vorzuziehen.

Zur Behandlung des Hydrops konstruierte Prof. Krönig (Berlin) lange Nadeln in konischer Form; dieselben werden tief eingeführt, mit einem Gummischlauch verbunden und dann das Ganze regelrecht verbunden unter Vermeidung von Infektion. Ist das Ödem weniger reichlich, so bevorzugt Krönig den Einschnitt. Um Erkältung des blossliegenden Beines zu vermeiden, wird der Kranke in diesem

Digitized by Google

Falle in ein eigens konstruiertes Bett gelegt; das Fussende der Matratze ist nach unten umzuklappen und hier wird ein Heizapparat angebracht, der das Bein mit warmer Luft umgibt. Diese Art der Behandlung liess sich dann auf Wochen hinaus ausdehnen. Auch bei Behandlung des Höhlenhydrops zeigt sich, wie wichtig es ist, erst die Zirkulation durch Entleerung des Exsudates frei zu machen, da dann die Diurese wieder in Gang kommt und die Fortschaffung weiterer Wasseransammlungen besorgen kann.

Zur Behandlung des Hydrops empfiehlt Dr. Sonntag (Wien) eine Kombination des Agurins mit der Digitalis. Er verordnet die Mischung in Pulverform und gibt pro die drei Pulver von je 0,75 Agurin und 0,1 Folia digitalis pulverata. Bei den subakuten und chronischen Formen dor Nephritis und den damit zusammenhängenden Stauungserscheinungen gelingt es leicht, mittelst Agurin die Ödeme zum Schwinden zu bringen, ohne dass eine Reizerscheinung der Nieren sich geltend macht. Es wird im allgemeinen gut vertragen und zeigte sich auch gelegentlich in seiner Wirkung dem Diuretin überlegen, wo dies einerseits schlecht vertragen wurde, andererseits ohne Einfluss blieb.

Operative Behandlung des Hydrops anasarka von Dr. Trzebinski (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 24). — Prof. Krönig über die mechanische Behandlung des Haut- und Höhlenhydrops im Verein für innere Medizin zu Berlin (Münch. med. Wochenschr. Nr. 7). — Über Hydrops und seine medikamentöse Behandlung von Dr. Sonntag (Wien. med. Presse Nr. 28).

Hydrops intermittens. Dr. Wiesinger (Hamburg) hat in einem typischen Falle von Hydrops intermittens durch Punktion und Jodoformglyzerin-Injektion Heilung erzielt. Er empfiehlt diese Behandlung der inneren mit Chinin und Arsen vorzuziehen, da die letztere in den meisten Fällen wirkungslos ist.

Hydrops intermittens, Heilung durch Jodoformglyzerininjektion von Dr. Wiesinger (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 35).

I. und J.

Jequirity-Therapie. Bekanntlich ist es Römer gelungen, den wirksamen Stoff aus dem Jequirity in Form des Jequiritol rein darzustellen, daraus verschieden starke, exakt dosierbare Lösungen zu bereiten und endlich ein Jequiritolserum zu gewinnen, welches dazu bestimmt ist, eine etwa eintretende zu starke Wirkung des Jequiritols auf das Auge abzuschwächen. Prof. Hoor (Kolozsvár) behandelte 121 Augen mit dem Mittel und berichtet ausführlich über seine diesbezüglichen Erfahrungen. Danach ist das Jequiritol ein reines Hornhautmittel. Auf Veränderungen der Bindehaut, wie Granulationen, Follikeln oder Papillen, ist das Jequiritol ohne Einfluss und ist daher dabei kontraindiziert. Bei allen eitrigen Prozessen der Hornhaut, als Infiltraten, Geschwüren, Abszessen, bei lymphatischen Efflorescenzen ist es zu verwerfen. Ebenso ist es nach Verfasser bei ganz frischen Trübungen und Flecken der Cornea, bei frischem Pannus trachomatosus und frischem Pannus lymphaticus nicht anzuwenden. Unbedingt indiziert ist es dagegen bei altem Pannus trachomatosus mit narbig degenerierter Bindehaut, gleichviel ob der Pannus dichter oder dünner, reichlicher oder spärlicher vaskularisiert ist. Indiziert ist es ferner bei Pannus lymphaticus, bei Trübungen, Flecken und Narben der Hornhaut nach allen Entzündungen derselben, wenn diese selbst bereits vollkommen abgelaufen sind und die zurückgebliebenen Trübungen und Flecken den sonst üblichen Behandlungsmethoden nicht recht weichen wollen. Verfasser hält das Mittel nur für klinische, nicht für ambulante Behandlung geeignet. Absolut gefahrlos ist das Jequiritol nicht, da gelegentlich einer Jequiritolophthalmie eitrige Infiltrate und

Digitized by Google

Geschwüre der Hornhaut auftreten können. Entzündungen des Tränensackes wurden relativ häufig nach Jequiritolapplikation beobachtet. Eine intensivere Ophthalmie scheint den Krankheitsprozess günstiger zu beeinflussen als eine ungenügende, schwache; die exakte Dosierbarkeit lässt es innerhalb gewisser Grenzen zu, die Ophthalmie nach Belieben zu steigern. Die Dauer einer Ophthalmie schwankt zwischen 4 und 15 Tagen. Das Jequiritolserum wirkt auf die subjektiven Beschwerden während einer Ophthalmie mildernd; weniger sicher ist die Wirkung auf die objektiven Erscheinungen, auf die Heilung eines während der Ophthalmie aufgetretenen Hornhautgeschwüres scheint das Serum ohne Einfluss zu sein. Die Erfolge in bezug auf die Aufhellung der Hornhauttrübungen und Besserung der Sehschärfe waren teilweise recht befriedigende.

Das Jequirity, das Jequiritol und Jequiritolserum von Prof. Hoor (Samml. zw. Abh. a. d. Geb. d. Augenheilk. 5. Bd. 3. u. 4. H. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 31).

Immunität, Immunisierung und Serumtherapie. In einer Arbeit von Prof. Gruber und Dr. v. Pirquet (Wien) werden schwerwiegende Gründe gegen die Ehrlichsche Seitenkettentheorie angeführt und u. a. gezeigt, dass ein Teil der experimentell gewonnenen Tatsachen über die Beziehungen zwischen Toxinen und Antitoxinen sich viel einfacher als spezielle Fälle der neuerdings genauer erforschten physikalisch-chemischen Reaktionsgesetze auffassen lassen, wie schon vorher Arrhonius und Madsen gefunden hatten. Unser gesichertes Wissen über Toxin und Antitoxin lässt sich nach Gruber in folgenden Sätzen zusammenfassen: 1. Es liegt kein Grund vor, in den Bakteriengiftlösungen eine Mehrheit von Giften qualitativ ähnlicher Wirkung, aber verschiedener Intensität der Giftigkeit und verschiedener Azidität zum Antitoxin anzunehmen. 2. Es liegt kein Grund vor, sich die Wirkungsweise der Toxine grundsätzlich von der anderer organischer Gifte verschieden vorzustellen. 3. Der Übergang der Toxine in ungiftige Verbindungen (Toxoide) mit unverändert gebliebener Affinität zum Antitoxin ist möglich, aber nicht strenge bewiesen. 4. Toxin und Antitoxin haben schwache chemische Affiinitäten und bilden untereinander dissoziierbare Verbindungen oder vielleicht in manchen Fällen Molekülverbindungen in wechselnden Proportionen. Diese Umstände erklären die lange Inkubation der Giftwirkung und andere auffällige Erscheinungen. 5. Die Antitoxinbildung hat mit der Giftwirkung und der Zellimmunität nichts zu tun, denn a) viele ganz unschädliche Stoffe führen zur Antikörperbildung, b) für gewisse Toxine unempfängliche Tiere bilden trotzdem Antikörper, c) trotz reichlicher Antikörperbildung kann Giftempfindlichkeit bestehen bleiben und zunehmen, d) Zellimmunität kann erworben werden ohne Antikörperbildung, e) die Antikörperbildung findet an ganz anderen Orten statt als die Giftwirkung. 6. Die spezifischen Antikörper sind nicht normale Körperbestandteile. Sie werden erst nach Einführung der fremden Stoffe neugebildet. Diese Neubildung hat den Charakter einer inneren Sekretion. 7. Die Fähigkeit, zur Antikörperbildung Anlass zu geben, beruht auf besonderen, bisher unbekannten Eigentümlichkeiten des chemischen Baues der die Antikörperbildung anregenden Stoffe. Vorbedingung der Antikörperbildung wie der Giftwirkung ist chemische Bindung der fremden Stoffe an gewisse Bestandteile der Zellen. 8. Der ungiftigen Verbindung Toxin-Antitoxin fehlt auch die Fähigkeit, Antitoxinbildung anzuregen. Ihr ganzer chemischer Charakter ist eben ein anderer als der der unverbundenen Stoffe.

Nach der Ehrlichschen Theorie über die Immunität erzeugen die durch die Bakterien im tierischen Organismus gebildeten Toxine Antitoxine, die zunächst das Toxin binden und unschädlich machen; durch Hyperproduktion dieser Antitoxine gelangen dieselben in die organischen Flüssigkeiten, durchsetzen den Organismus und wirken so als schützende Antikörper, sie immunisieren den Organismus. Dr. Müller beschäftigte sich nun mit dem Gedanken, ob diese Theorie, welche für die höheren Organismen gilt, nicht auch auf einzellige Lebewesen, speziell auf Bakterien, anwendbar sei. Er

Digitized by Google

legte sich die Frage vor, ob nicht bei den Bakterien, ähnlich wie bei den animalischen Zellen, eine zur Immunisierung führende Zunahme der haptophoren Gruppen erfolge, respektive eine Elimination derselben in das Kulturmedium, in welchem die Bakterien leben. Tatsächlich ergab sich auch aus seinen Versuchen, dass z. B. Typhusbazillen, die durch längere Zeit auf immunisierendem Antityphusserum kultiviert wurden, eine Art Immunität gegen die Agglutinine des Serums selbst annahmen. Solche Typhusbazillen agglutinierten durch Zusatz von Serum von Typhuskranken sehr schwer oder gar nicht. Sie hatten sich also gewissermassen gegen ihren Feind, das Agglutinin, das Toxin des Typhusserums gewappnet, durch Hyperproduktion eines Antikörpers, welcher dieses Agglutinin unschädlich machte, sie wurden gegen das Agglutinin immun. Damit stimmt überein die Angabe von Courmont, welcher neuestens nachwies, dass Typhusbazillen, die aus dem Blut von Typhuskranken entnommen werden, im allgemeinen weniger agglutinierbar sind, als jene, welche lange Zeit auf künstlichem Nährboden kultiviert wurden.

In der Festschrift, gewidmet Prof. Přibram (Prag) zum 30jährigen Professorenjubiläum berichtet Dr. Löwenstein über seine Untersuchungen bezüglich der bakteriziden Wirkungen des menschlichen Blutserums bei Gesunden und Kranken. Löwenstein studierte die bakteriziden Eigenschaften des Blutserums bei spontanen Erkrankungen des Menschen, insbesondere darauf hin, ob vielleicht zwischen Schwere und Verlauf der Erkrankung selbst und der Bakterizidie des Blutserums des betreffenden Patienten Beziehungen bestehen. Das Serum selbst wurde aus der Nabelschnur Neugeborener, bei Kranken durch Venaepunktion aus einer Armvene gewonnen. Es zeigte sich, dass das menschliche Blutserum Erwachsener für Typhusbazillen und Choleravibrione starke, für Milzbrandbazillen nur schwache bakterizide Eigenschaften besitzt, während Staphylokokken und Diphtheriebazillen sich darin ungestört weiter vermehren. Das Serum aus der Nabelschnur gesunder Kinder erwies sich ebenso bakterizid als das Erwachsener. Das Vorhandensein von gelöstem Hb, sowie von Dextrose im Kreislauf steigert die Disposition zu infektiösen Erkrankungen ausserordentlich. Das Diabetikerserum hat seine Bakterizidie gegenüber Anthrax verloren. Bei Infektionskrankheiten ist die Bakterizidie des Serums gegenüber dem betreffenden Krankheitserreger aufgehoben.

Dr. Kisskalt (Giessen) fand bei seinen Untersuchungen, dass allein in den Leukocyten die Schutzkräfte gegen die pathogenen Bakterien gesucht werden müssen, indem letztere durch Phagocytose unschädlich gemacht würden. Die Ursache der natürlichen Immunität sei daher nicht in den Säften des Körpers präformiert vorhanden. Die Virulenz eines Mikroorganismus beruht nicht allein auf seiner Widerstandsfähigkeit gegen die Schutzkräfte des Körpers, sondern vor allem auf dem Grade seiner Giftigkeit, die die Leukocyten verhindert, ihn aufzunehmen oder dicht zu umgeben.

Über Bakterienhämolysine, im besonderen das Colilysin liegt eine Arbeit von Dr. Kayser vor, deren Ergebnisse folgende sind: 1. Es sind hitzebeständige und hitzeunbeständige Bakteriohämolysine zu unterscheiden. Zu den ersten gehören das Pyocyaneo-, Typhus- und Colilysin, zu den zweiten das Tetano- und Staphylolysin. 2. Zum Nachweis der Bakteriohämolysine eignet sich am besten das Hunde-, Pferde-, Kaninchen- und Rinderblut. Von verschiedenen Bakterienhämolysinen werden unter Umständen ungleiche Blutarten besonders stark angegriffen. 3. Zwischen den Serum- und Bakterienfiltrathämolysinen bestehen tiefgreifende Unterschiede (Agglutination, Thermostabilität). 4. Die natürlichen Antilysine eines Blutserums können auf verschiedene blutlösende Bakterien sehr ungleich antilytisch wirken. 5. Im sterilen Bakterienfiltrate können chemische Umsetzungen vor sich gehen, die die Hämolysinfähigkeit störend beeinflussen. Von dem thermostabilen Colilysin im speziellen gilt folgendes: Bouillonkulturen und Bouillonfiltrat des Bacillus coli besitzen die Eigenschaft, manche Erythrocytenarten, besonders die des Hundes, aufzulösen. 2. Die Säuremenge der Ausgangsbouillon

Digitized by Google

ist ebenso wie die Alkalibildung von Einfluss auf den Grad der Hämolysinproduktion und der schliesslichen Blutlösung. 3. Der Hämolyse geht keine Agglutination voraus, doch folgt bei nicht völliger Lösung eine Verklumpung der Erythrocyten. 4. Eine noch bei 0° aktive haptophore und bei 37° rasch wirkende toxophore Gruppe können getrennt beobachtet werden. 5. Luftdicht verschlossene sterile Colifiltrate behalten ohne jeden Zusatz unter Umständen mehrere Monate lang ihr Hämolysinvermögen in unverminderter Stärke. 6. Verschiedene normale Tiersera bergen Anticolilysin in ungleichen Mengen. Das Serum von erwachsenen Menschen und von Neugeborenen paralysiert ebenfalls die Wirkung von Colilysin. 7. Das künstliche Antilysin eines Bacillus coli wirkt auch auf das Lysin anderer Colistämme, allerdings in schwächerem Masse. 8. Tote, ausgelaugte Colibakterien können zwar Gifte für manche Tiere enthalten, doch hämolysieren sie nicht.

An Prof. Senators Klinik in Berlin beschäftigte sich Dr. Menzer mit der Frage des Antistreptokokkenserums und seiner Anwendung beim Menschen. Er gelangt zu folgenden Schlüssen: 1. Das Antistreptokokkenserum wirkt, wie im Tierversuch, so auch beim Menschen, durch Anregung der Phagocytose, dem menschlichen Organismus fällt daher im Kampfe mit den Streptokokken die Hauptleistung zu. Kann er diese Kraftleistung nicht mehr erfüllen, so ist die Anwendung des Streptokokkenserums nutzlos. 2. Abgesehen von der Vernichtung der eingedrungenen Krankheitserreger fällt dem Organismus die Aufgabe der späteren Resorption der zu grunde gegangenen Bakterien und Zellen zu. In den Fällen, in welchen es zu abgeschlossenen Eiteransammlungen kommt, ist ohne chirurgischen Eingriff das Streptokokkenserum kontraindiziert, da es die Resorption der giftigen Eiterstoffe steigert. 3. Das Streptokokkenserum wird in den Fällen beginnender akuter Streptokokkämie in hoher Dosierung die besten Erfolge herbeiführen können, besonders aussichtsvoll ist, in der nach dem einzelnen Fall zu bemessenden Dosierung, seine Anwendung bei chronischen Streptokokkeninfektionen. 4. In der Therapie menschlicher Streptokokkeninfektionen sind nur Streptokokkensera, welche mit frisch vom Menschen gezüchteten Streptokokken hergestellt sind, wirksam. Bei der Arteinheit aller Streptokokken kann ein solches Serum bei allen Streptokokkeninfektionen, falls der Einzelfall es zulässt, angewendet werden. 5. Die bisher vorgeschlagene Prüfung des Streptokokkenserums im Tierversuch gibt keinen Anhalt für die Beurteilung der Heilkraft beim Menschen. Vorläufig muss in Ermangelung eines besseren Prüfungsmodus die Einwirkung auf den Menschen das einzig gültige Mass bleiben.

Die Prüfung verschiedener Antistreptokokkensera an Prof. v. Leydens Klinik in Berlin ergab Dr. F. Meyer, dass nur das Aronsonsche Serum gegen die vielfach tödliche Dosis schützend wirkt, und dass auch nur durch das Aronsonsche Serum eine Heilwirkung nach erfolgter Infektion sich erzielen lässt. Bei den geschützten Tieren ist die Temperatursteigerung nach der Infektion gering und macht bald völlig normaler Temperatur mit dauerndem Wohlbefinden Platz, während bei den Kontrolltieren meist sehr bald höhere Fiebersteigerungen bis zu dem Tod mit oder ohne vorhergehenden Kollaps folgen. Je längere Zeit nach der Infektion verstrichen ist, um so grösser müssen die Dosen des Serums sein und um so unsicherer ist die Wirkung. Die intravenöse Injektion zeigte sich der subkutanen und intraperitonealen weit überlegen. Nicht selten wurde beobachtet, dass geschützte Tiere acht Tage nach der Infektion ein Rezidiv derselben bekamen. Milzexstirpation hatte gar keine Veränderung der Serumwirkung und der Infektionswirkung zur Folge. Das Serum zweier Menschen, welche schwere Streptokokkeninfektionen durchgemacht hatten, zeigte, allerdings nur in sehr grossen Dosen, schützende Wirkung. Durch Zusatz von Aronsonschem Serum im Reagensglas wurden die Streptokokken am Wachstum nicht gehindert und auch in ihrer Virulenz nicht wesentlich verändert. Dagegen zeigte sich eine bedeutende Virulenzabschwächung, wenn die Streptokok-

Digitized by Google

ken auf dem Peritonealinhalt eines geschützten Kaninchens zurückgezüchtet wurden. Die Streptokokken werden also im Körper durch das Serum geschwächt und dann von den Zellen des Organismus überwunden. Für die therapeutische Anwendung ist noch besonders zu betonen, dass möglichst frühzeitig nach erfolgter Infektion die Serumanwendung zu geschehen hat.

Bei den Krankheiten, die sich für die Antistreptokokkenserumtherapie eignen, erwähnt derselbe Autor zunächst jene Fälle von Erysipel, denen man bisher noch rein exspektativ gegenüberstand. Des Weiteren liegt kein Grund vor, in Fällen von puerperaler Sepsis, Endocarditis ulcerosa, postoperativer Pyämie etc., wenn alle operativen Eingriffe erschöpft sind, von einer Serumtherapie Abstand zu nehmen. Auch der Anwendung des Serums vor operativen Eingriffen, dem präventiven Gebrauche der Antistreptokokkensera redet Autor das Wort. Der septische Verlauf kleinster Rachen- und Nasenoperationen, ebenso wie fortdauernde Infektionsperioden in der geburtshilflichen Praxis vielbeschäftigter Landärzte rücken diesen Vorschlag in das Bereich vollster Berechtigung. Diese Schutzimpfung mit Marmorek schem Serum wird seit sieben Jahren in einer der ersten geburtshilflichen Kliniken von Paris mit gutem Erfolge durchgeführt. Die heute im Handel befindlichen Sera sind folgende: 1. Marmoreks Serum, fabriziert im Institut Pasteur-Paris, 2. Lyoner Serum, fabriziert in Lyon-Vaisse, 3. das polyvalente Serum Denys van der Velde, fabriziert in Louvain, 4. das Serum des British Institut of praeventiv Medicine, 5. das Serum Borrough-Welcome, 6. das Serum Tavel, fabriziert in Landsberg a. W., 7. Serum Menzer, fabriziert bei Merck in Darmstadt, 8. Serum Aronson, fabriziert in Berlin bei Schering, 9. Serum Moser, fabriziert im Wiener Institut für Serotherapie. Die Art der Anwendung ist bei allen die gleiche. Alle werden in grossen Dosen (10–20 ccm), je nach der Schwere des Falles verabreicht, ja selbst Mengen von 100—200 ccm für unschädlich und oft notwendig gehalten. Tritt eine günstige Beeinflussung des Krankheitsverlaufes ein, so kennzeichnet sich dieselbe stets durch sofortiges Heruntergehen der Temperatur und des Pulses, bei gleichzeitiger Hebung des Allgemeinbefindens. Von ungünstigen Nebenwirkungen sind kaum andere als Serumexantheme beschrieben worden.

Die Resultate der Tierexperimente von Dr. Catani jun. (Neapel) sprechen dafür, dass es möglich erscheint, gegen Influenza künstlich zu immunisieren. Galle von Tieren, welche künstlich gegen Influenza immunisiert wurden, zeigte eine ziemlich konstante schützende Wirkung, ebenso ein ziemlich hohes Agglutinationsvermögen; die Galle von an Influenza eingegangenen Tieren zeigte dagegen nur ganz ausnahmsweise eine schützende Wirkung.

Toxin und Antitoxin von Prof. Gruber und Dr. v. Pirquet (Münch. med. Wochenschr. Nr. 28 u. 29). — Immunisierung der Bakterien von Dr. Müller (Med. Blätter Nr. 35). — Über die bakteriziden Wirkungen des menschlichen Blutserums von Dr. Löwenstein (Deutsch. Arch. f. klin. Med. 76. Bd. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 28). — Beiträge zur Lehre von der natürlichen Immunität von Dr. Kisskalt (Zeitschr. f. Hyg. u. Inf.-Kr. 45. Bd. 1. H.). — Über Bakterienhämolysin, im besonderen das Colilysin von Dr. Kayser (Zeitschr. f. Hyg. u. Inf.-Kr. 42. Bd. 1. H. — Schm. Jahrb. 279. Bd. 7. H.). — Das Antistreptokokkenserum und seine Anwendung beim Menschen von Dr. Menzer (Münch. med. Wochenschr. Nr. 26). — Über Antistreptokokkenserum von Dr. F. Meyer (Zeitschr. f. klin. Med. 50. Bd. — Münch med. Wochenschr. Nr. 35). — Die Serumbehandlung der Streptokokkeninfektion von Dr. F. Meyer (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 6. Bd. 11. H.). — Immunisierungsversuche gegen Influenza von Dr. Catani jun. (Zeitschr. f. Hyg. u. Inf.-Kr. 42. Bd. 3. H. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 11).

Impotenz. Unter den Ursachen der Impotenz kommen nach Dr. Müller de la Fuente (Schlangenbad) in erster Linie Masturbation, weniger andere Exzesse in venere, ferner Intoxikationen, vor allem Alkoholismus und Morphinismus in Betracht. Müller unterscheidet die spinale und cerebrale Form der Impotenz. Die Psyche verträgt bei der Kohabitation keine dem Zwecke fernliegenden Ideenrichtungen, die als Hemmungen wirken. Dasselbe gilt auch bei den Frauen. Ein aus irgend welchem Grunde miss-

Digitized by Google

lungener Koitus wirkt psychisch in diesem Sinne leicht als Hemmnis bei späteren Versuchen, und gibt so den Anlass zur Entwickelung von Neurasthenie bezw. Hysterie. Bei der toxischen Impotenz ist zunächst die Intoxikation zu beseitigen, dann bleibt aber oft noch psychische Impotenz zurück. In bezug auf Masturbation ist die Prophylaxe durch Aufsicht der Kinder im Entwickelungsstadium und Regelung der Lektüre von grosser Wichtigkeit. In bezug auf die Kunst ist Müller nicht für das Verheimlichungssystem gegenüber den Kindern, sondern im Gegenteil dafür, die Kinder daran zu gewöhnen, in der Kunst nur das Schöne zu sehen, ohne Nebengedanken. Die Prognose ist im allgemeinen nicht ungünstig. Ausschluss von Narkoticis und des Koitus bis zu vollständiger Heilung, sowie reizlose Kost sind von Wichtigkeit. Die sogenannte psychische Onanie, sowie die leicht sich entwickelnde Hypochondrie sind energisch zu unterdrücken. Von Aphrodisiacis kann man schädliche (Kantharidin) und unschädliche (z. B. Strychnin, Chinin) unterscheiden. Sonst hat Müller nützliche Arzneiwirkungen von Yohimbin und von Brom gesehen. Hydrotherapie, Elektrotherapie, sowie Sol- und Thermalbäder sind nützlich. Die Hauptsache bleibt aber die psychische Behandlung, auch Suggestionen können Erfolg haben.

Dr. Laquerrière sieht in der elektrischen Behandlungsmethode der Impotenz nach Apostoli ein Mittel, welches darniederliegende Erektionen verstärkt und welches man in geeigneten Fällen versuchen muss, gleichgültig, ob man darin ein eigentliches Heilmittel erblicken will oder nur ein Mittel, welches dem Patienten dazu hilft, das verlorene Selbstvertrauen wiederzugewinnen. Er benützt zwei grosse Elektroden aus Töpferton, ganz von der Art seiner indifferenten Elektrode zur gynäkologischen Elektrolyse. Die Anode liegt der Kreuz- und Gesässgegend, die Kathode der Nacken- und Schultergegend auf. Es werden sehr starke Ströme von 100—175 Mill. Amp. täglich 10 Minuten lang angewendet und gut vertragen. Das Ergebnis war je nach der Natur der Krankheit verschieden, doch wurde immer, wenn nicht ein organisches unheilbares Leiden zu grunde lag, nach den ersten Sitzungen eine Vermehrung, fast immer eine Verstärkung der Erektionen erzielt, welche freilich manchmal später wieder nachliessen.

Dr. Müller de la Fuente über Impotenz, deren Ursache und Behandlung auf dem Balneologenkongresse zu Berlin (Zeitschr. f. diät. und phys. Ther. 7. Bd. 1. H.). — Über sexuelle Impotenz und deren elektrische Behandlung von Dr. Laquerrière (Progr. méd. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 10 H.).

Influenza. Dr. Langhorst beschreibt zwei Epidemien von Influenza mit gastrointestinalen Typus, die er in Elmhurst U. S. A. beobachtete. Jedem Ausbruch ging ein scharf markierter Temperatursturz von etwa 5° C vorher. Das Einsetzen der Krankheit geschah plötzlich und die ersten Symptome erschienen fast gleichzeitig in verschiedenen, entfernt voneinander wohnenden Familien. Die Betreffenden hatten sich vollkommen wohl zur Ruhe begeben und waren zwischen 11 und 12 Uhr aufgeweckt worden durch Leibschmerzen mit dem Bedürfnis, zu Stuhl zu gehen. Bei einer Reihe von Fällen glaubte man an Ptomain-Vergiftung. Die Krankheit schien bei Kindern hartnäckiger zu sein. Die Endemie dauerte etwa vier Tage. Bei 20% kehrte die Krankheit wieder, d. h. sie erkrankten während beider Endemien. Viele klagten nur über vorübergehende Symptome, wie Neigung zu Durchfall, Rückenschmerzen und Mattigkeit. Die in den anderen Formen der Influenza so scharf bemerkbare Depression war nicht zu beobachten. Es wurde kein Versuch gemacht, den Canon-Pfeiffer-Bacillus zu finden, aber die Symptome rechtfertigen die Diagnose auf eine digestive Form von Influenza. Sie führte sich gewöhnlich ein mit Frostempfindung und allgemeinen Schmerzen. Besonders wurde über Rücken- und Kopfschmerzen geklagt. Die Patienten hatten ein gerötetes, fieberhaftes Aussehen, aber das Thermometer zeigte selten mehr als 39° C. Puls zwischen 80 und 100, von niedriger Tension. Wenn die Patienten genau angeben sollten, wo sie Schmerz empfanden, pflegten sie mit der Hand über das Epi-

Digitized by Google

gastrium zu streichen und ihn als „schneidenden" Schmerz zu bezeichnen, der gerade vor jeder Ausleerung verstärkt wäre. Wenig Weichheit bei Druck zu bemerken. Übelkeit und Erbrechen in den meisten Fällen vorhanden, besonders nach Nahrungsaufnahme. Die Ausleerungen schwankten zwischen fünf bis zwanzig täglich, waren wässerig und sehr drängend. Etwas Schleimhaut in den Stühlen vorhanden. Intensiver Durst, Urin stark gefärbt, jedoch ohne Eiweiss. Anorexia nicht in allen Fällen vorhanden, Zunge nur leicht belegt. Die Anfälle dauerten gewöhnlich zwei bis drei Tage. Komplikationen sind bei Influenza gewöhnlich zahlreich und von ernsthafter Natur. Bei der vorliegenden Art der Krankheit wurden keine bemerkt. Die Diät wurde auf Milch beschränkt oder vollständige Enthaltung von Nahrung angeordnet, weil Nahrungsaufnahme heftige Peristaltik erregte oder den Magen rebellisch machte. Als bestes Gegenmittel wurde Orphol befunden. Diese Kombination eines Antiseptikums (Betanaphtol) mit einem Adstringens (Wismut) wirkte ausgezeichnet. Es wurde in Dosen von 0,6 bis 1 g 3 bis 5mal täglich in Pulverform für Erwachsene gegeben.

Der gastro-intestinale Influenza-Typus von Dr. Langhorst (Klin.-med. Journ. — Med. Neuigk. Nr. 9).

Inhalation. Der Bullingsche Inhalationsapparat erreicht nach Prof. v. Schrötter (Wien) die feinste staubförmige Zerstäubung von Flüssigkeiten im Inhalationsraum, durch freie Zufuhr trockener Pressluft, die in starkem Strahl unter hohem Druck (bis zu vier Atmosphären) einströmt. Durch ihr Bestreben, sich rasch zu sättigen, wird das Zusammenfliessen der kleinsten Tröpfchen verhütet, das ja bei allen Inhalationen einzutreten pflegt, so dass die inhalierte Flüssigkeit gar nicht in die tieferen Luftwege eindringt. Dass dies aber bei dem Bullingschen Verfahren der Fall ist, hat v. Schrötter durch Versuche an Hunden erwiesen, die er 1/4 %ige Gentianaviolettlösung einatmen liess. Nach der Tötung der Tiere liess sich der Farbstoff in weiter Verteilung in den Alveolen und den kleinsten Bronchiolen nachweisen. Die Methode eröffnet der Inhalationstherapie neue Wege. Jod, auf diese Weise einverleibt, erscheint nach 1/4 Stunde im Harn.

Prof. v. Schrötter über die neue Inhalationsmethode nach Bulling auf dem internationalen medizinischen Kongress zu Madrid (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 21).

Intoxikationen. Dr. Plavec (Prag) empfiehlt folgende Behandlung der akuten Phosphorvergiftung: Ausspülung des Magens mit warmem Wasser, bis vollkommen klare Flüssigkeit abfliesst; darauf etwa 20 Liter 0,2 %ige Kalihypermanganlösung. Dann wieder warmes Wasser, bis es ungefärbt abfliesst. Manchmal, wenn der Magen mit grösseren Speiseresten gefüllt ist und die Ausspülung stockt, ist die Verordnung von Cuprum sulfuricum als vorläufiges Mittel nötig. Nach beendigter Ausspülung ist es ratsam, sobald als möglich ein Abführmittel (Inf. Sennae e gm. 10) zu reichen. Die Wirkung des Abführmittels kann und muss manchmal durch Verabreichung einer hohen Irrigation unterstützt werden. Riecht der Stuhl nach Phosphor, dann kann das Klysma mit 0,1 %igen Kalihypermanganicum wiederholt werden. Im weiteren Verlaufe wird Natrium bicarbonicum und, wenn sich Appetit einstellt, viel Eiweissnahrung verabreicht. Bei Kollaps und Herzschwäche Exzitantien (Kaffee, Kognak, Kampfer, Äther, Valeriana u. a.). Ist eine Magenausspülung in nächster Zeit aus irgend welchen Gründen unmöglich, so wird wiederholt eine Lösung von Cuprum sulfuricum gegeben oder auf eine andere Art Erbrechen hervorgerufen, später wiederholt Inf. Sennae oder wenigstens Bittersalz gereicht. Bei älteren Vergiftungen (vier bis fünf Tage) muss der Magen nicht mehr ausgespült werden, sondern sind Abführmittel und Klistiere am Platze. Innerlich kann am ersten Tage in frischen und älteren Fällen, besonders dort, wo der Magen nicht ausgespült wurde oder werden konnte, eine stärkere Lösung von Kali hypermanganicum (0,2:200 Wasser) jede zweite Stunde zwei Löffel gegeben werden.

Digitized by Google

An der Hand eines Falles von akuter Morphiumvergiftung, die durch Anwendung von Kalium hypermanganicum geheilt wurde, berichtet Dr. Weljamovitsch über die vorzügliche Wirkung dieses Gegengiftes bei Morphium- und Opiumvergiftungen. Im Reagensglase wird Morphium oder Opium von übermangansaurem Kali vollständig zerstört. Wenn man eine tödliche Dosis von Opium oder Morphium, mit einer genügenden Menge Kalium hypermanganicum versetzt, zu sich nimmt, bleiben jegliche Vergiftungserscheinungen aus. Setzt man zu einem Gemisch von Morphium bezw. Opium und einer anderen leicht oxydierbaren Substanz, beispielweise Zucker, Kalium hypermanganicum hinzu, so werden zunächst die Alkaloide in Angriff genommen und erst nach völliger Zerstörung dieser wird der Zucker oxydiert. Moor berichtet über 71 Fälle von Morphiumvergiftungen, wo das übermangansaure Kali lebensrettend wirkte. Die Dosierung des Kalium hypermanganicum ist folgende: Zu subkutanen Injektionen wird eine 4—5%ige Lösung benutzt, von der man jede halbe bis ganze Stunde je 1,0 subkutan injiziert, bis die bedrohlichen Symptome völlig verschwunden sind. Innerlich gibt man auf je 3 gran Morphium 4 gran Kalium hypermanganicum und auf jede Unze Opiumtinktur 6 gran Kalium hypermanganicum. Ist die Quantität des Giftes unbekannt, so führt man 8—10 gran übermangansaures Kali in einem Glas Wasser in den Magen ein und spült noch letzteren mit einer schwachen Lösung aus.

Auch Dr. Finkelstein gelang es einen Fall von akuter Morphiumvergiftung durch subkutane Injektion von Kalium hypermanganicum zur Heilung zu bringen.

Dr. Kraft rät folgendes Verfahren bei Karbolsäurevergiftung an. Zunächst wird der Magen ausgespült, um etwaige Reste des Giftes zu entfernen. Dann wird so bald wie möglich mit folgender Lösung eine Transfusion vorgenommen:

Natr. chlorat.	6,0
Natr. sulfur. siccat.	2,5
Aqu. dest.	1000,0

Die Lösung darf nicht weniger oder mehr als 37—39° C warm sein. Die Dosis beträgt 1½—2 Liter, welche etwa innerhalb einer Stunde transfundiert werden. Ob dann noch weitere Transfusionen vorgenommen werden sollen, hängt vom Befinden des Patienten ab. Es können, wenn nötig, 6—8 Liter in 24 Stunden ohne Schaden transfundiert werden. Die Flüssigkeit muss natürlich absolut steril sein. Um das Abkühlen der Infusionsflüssigkeit zu vermeiden, wird der Kolben, der diese enthält, in ein grösseres Gefäss mit warmem Wasser gestellt, welches eventuell durch weiteres Zugiessen warmen Wassers beständig in der erforderlichen Temperatur erhalten wird. Wenn durch Transfusion zu kalter Flüssigkeit Kollaps eintreten sollte, so ist das beste Herstellungsmittel ein warmes Bad.

Dr. Lieppelt (Berlin) teilt vier Fälle von innerer Lysolvergiftung mit, welche alle in Genesung ausgingen, trotzdem in einem derselben die aufgenommene Menge die letale Dosis überstieg. Die Therapie bestand in sehr energischer Ausspülung des Magens mit sehr grossen Mengen Wassers — in einem Falle kamen über 20 Liter in Verwendung — und Anregung des Herzens durch grosse Kampfermengen. Die Magenausspülungen können auch noch längere Zeit nach der Aufnahme des Lysols gemacht werden, da dasselbe im Darmkanal nur langsam resorbiert wird. Verfasser fordert im Hinblick auf die nicht seltenen Vergiftungsfälle, dass das Lysol im Handverkauf gewissen Beschränkungen unterworfen werde.

Für die Frühdiagnose der gewerblichen Anilin- und Nitrobenzolvergiftung sind nach Dr. Brat von Wichtigkeit ausser dem Ikterus der Methämoglobinnachweis im Blute und das Auftreten optisch aktiver Substanzen im Harn. Bei Arbeitern, die sich subjektiv durchaus wohl fühlten, konnte Methämoglobin im Blute spektroskopisch nachgewiesen werden und ferner wurde in jedem Falle von Anilinvergiftung eine Linksdrehung des Harns von 1° bis 2° (auf Traubenzucker bezogen) beobachtet. Brat hat dabei in seiner kassenärztlichen Tätigkeit prophylaktische Massnahmen auf Grund dieser Untersuchungsmethoden für das einzelne

Digitized by Google

Individuum eingeführt. Zur Behandlung der durch die Amido- und Nitroderivate des Benzols entstandenen Vergiftungen wendet Brat nach vorherigem Aderlasse Sauerstoffinhalationen unter Druck mit günstigem Erfolge an.

Einen Fall von Bromoformvergiftung bei einem dreijährigen Kinde mit tödlichem Ausgang berichtet Dr. Kiwull. Derselbe zeigt, wie gefährlich es ist, Bromoform in Schüttelmixtur oder Emulsion zu verschreiben, denn die Vergiftung trat durch die letzte Dosis, die das zu Boden gesunkene Bromoform enthielt, auf.

Dr. Lesguillon beschreibt tödliche Vergiftungen durch Ölsardinen bei drei Personen, die mit Erbrechen, Aphonie, Sehstörungen, Larynxspasmus und allgemeinen Konvulsionen einhergingen. Die Sektion ergab geringe gastroenteritische Erscheinungen, Milzschwellung, Nierenschwellung, das linke Herz kontrahiert, rechts Ventrikel mit flüssigem Blut gefüllt.

Dr. Fraser berichtet über eine Austernvergiftung, die mit Fieber, Kopfschmerz, Übelkeit, Diarrhöe und Schwäche verlief. Am dritten Tage trat im Gesicht ein Exanthem auf, das mit echten Pocken grosse Ähnlichkeit hatte. Genesung trat am fünften Tage ein.

Einen Fall von Gastritis phlegmonosa bei Oxalsäurevergiftung demonstrierte Dr. Simmonds dem ärztlichen Vereine zu Hamburg. Ein 18jähriges Mädchen hatte sich mit Oxalsäure vergiftet und war 5 Tage darauf unter peritonitischen Erscheinungen gestorben. Bei der Autopsie fand sich eine allgemeine fibrinös-eitrige Peritonitis, eine parenchymatöse Nephritis, eine lebhafte Injektion der Speiseröhren- und Magenschleimhaut und auf letzterer an der grossen Kurvatur eine etwa 8 cm breite Verschorfung mit ödematöser Schwellung der Umgebung. Auf dem Durchschnitt zeigte sich die Submukosa der Umgebung eitrig infiltriert und die Infiltration, die sich bis zur kleinen Kurvatur hinzog, reichte an manchen Stellen bis dicht unter die gelblich tingierte Serosa. So war die Infektion des Peritoneums erfolgt. Die mikroskopische Untersuchung ergab die Anwesenheit grosser Mengen von Streptokokken. Dieselben Mikroben liessen sich auch im Peritonealinhalt und kulturell im Blute in grossen Mengen nachweisen. Die Oxalsäurevergiftung hatte also hier durch die Schädigung der Magenschleimhaut zum Eindringen von Streptokokken in die Magenwandung und so zur Bildung einer Magenphlegmone, einer eitrigen Peritonitis, einer Streptokokkensepsis Veranlassung gegeben.

Dr. Róbin (Warschau) veröffentlicht einen Fall von Salpetersäurevergiftung, in dem es zur Pylorustenose, Magendilatation und Ulzeration der Magenschleimhaut kam. Durch die vorgenommene Gastroenterostomie wurde Genesung erzielt.

Prof. Kionka (Jena) beobachtete eine Vergiftung durch Zitronensäure mit tödlichem Ausgang. Ein 23jähriges Mädchen hatte, um Abort herbeizuführen, Zitronen in unbekannter Menge gegessen. Am folgenden Tage trat Exitus ein. Bei der Sektion fand sich folgendes: Der Magen reisst bei der Unterbindung. Die Schleimhaut ist stark gequollen und leicht abstreifbar, von Blutaustritten durchsetzt. Auch im Duodenum gequollene und gelockerte Schleimhaut. Das Blut reagierte nicht sauer.

Prof. Seifert (Würzburg) teilt einen Fall von Exalginvergiftung mit. Bei einer Frau traten nach an zwei aufeinander folgenden Tagen eingenommenen Dosen von je 0,5 g starke Pulsbeschleunigung (160 Schläge) mit Herzklopfen, Beklemmung, Schwindel, Flimmern vor den Augen, Ohrensausen, Kribbeln am ganzen Körper, Erweiterung der Pupillen und Cyanose auf. Da die Literatur schon viele, wenn auch nicht letale Vergiftungsfälle nach relativ kleinen Mengen aufweist, so ist besondere Vorsicht bei diesem Mittel geboten, wenn man nicht ganz auf dessen Anwendung verzichtet.

Die Therapie der akuten Phosphorvergiftung von Dr. Plavec (Čas. česk. lék. Nr. 1–4. — Deutsche Praxis Nr. 8). — Behandlung der akuten Morphium- und Opiumvergiftungen von Dr. Weljamovitsch (Russk. Wratsch. Nr. 1. — Ther. d. Gegenw. 6. H.). — Kalium hypermanganicum als spezifisches Gegenmittel bei akuten Vergiftungen mit Morphium und Opiaten von Dr. Finkelstein (Russk. Wratsch. Nr. 1.). — Behandlung der Karbolsäurevergiftung von Dr. Kraft (Nord. Tidskr. f. Ther. Nr. 1. — St. Petersb. med. Wochenschr.

Digitized by Google

Nr. 13). — Vier Fälle von innerer Lysolvergiftuug von Dr. Lieppelt (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 25. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 26). — Über gewerbliche (Methämoglobin-) Vergiftungen und deren Behandlung mit Sauerstoffinhalationen von Dr. Brat (Deutsche med. Wochenschr. — Schm. Jahrb. 278. Bd. 4. H.). — Bromoformvergiftung bei einem dreijährigen Kinde mit tödlichem Ausgang von Dr. Kiwull (Zentralbl. f. inn. Med. — Schm. Jahrb. 278. Bd. 4. H.). — Vergiftung durch Ölsardinen von Dr. Lesguillon (Gaz. hebd. — Schm Jahrb. 278. Bd. 5. H.). — Ein Fall von Austernvergiftung von Dr. Fraser (Brit. med. Journ. — Schm. Jahrb. 278. Bd. 5. H.). — Dr. Simmonds über Gastritis phlegmonosa bei Oxalsäurevergiftung im ärztlichen Verein zu Hamburg (Münch. med. Wochenschr. Nr. 33). — Ein Fall von toxischer Gastritis und Pylorusstenose infolge von Vergiftung durch Salpetersäure, Gastroenterostomie, Genesung von Dr. Róbin (Wien. med. Wochenschr. Nr. 22). — Tödliche Vergiftung durch Zitronensäure von Prof. Kionka (Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 1). — Über Exalginvergiftung von Prof. Seifert (Wien. klin. Rundschau. — Prag. med. Wochenschr. Nr. 46).

Jod und Jodpräparate. Dr. Lesser hat an der Neisserschen Klinik in Breslau die Frage des Jodismus experimentell studiert. Es stellte sich heraus, dass im Blutserum nach der Darreichung von Jodkalien keine Jod-Eiweissverbindung nachweisbar war, sondern Jodalkalien, die im Blutplasma in den Blutkörperchen zirkulierten. In den Organen haben alle Untersucher nach Eingabe von Jodkali (mit Ausnahme der Schilddrüse, die schon in der Norm Jodeiweiss enthält) nur Jodsalze gefunden; selbst nach Darreichung von Jodeiweiss-Präparaten finden sich nur Jodalkalien. Lesser kommt daher zu dem Ergebnis, dass überall, wo wir im Blut Jod finden, dieses immer nur in Form von Jodalkali gefunden wird. Es muss angenommen werden, dass die Nebenwirkungen der Verabfolgung von Jodpräparaten auf Jodkali zu beziehen sind, nicht auf freies Jod! Es ist also besser von Jodalkalismus zu sprechen. Ähnlich ist es beim Jodoformismus. Derselbe ist grundverschieden vom Jodismus, obgleich das Jodoform sehr leicht Jod abspaltet. Als man annahm, dass freies Jod die Ursache des Jodismus sei, führte man denselben auf die nicht chemisch reinen Präparate zurück; aber die daraufhin neukonstruierten Jodmittel sind alle mit Ausnahme des Jodipins verschwunden. Letzteres ermöglicht eine subkutane Einverleibung ohne Intoxikation zu erzeugen oder Eiterungen zu machen. Da es, subkutan einverleibt, nie zu Jodismus führt, dagegen nach innerlicher Darreichung typische Nebenerscheinungen eintreten, so liegt das nicht an dem Jodipin als solchem, sondern an der Art der Verarbeitung desselben im Organismus. Lesser ist dieser Frage durch vergleichende Stoffwechsel-Untersuchungen näher getreten. Die Art des Stoffwechsels des Jods ist danach die gleiche. Das ganze Jodfett wird in Jodalkali umgesetzt und als solches im Urin ausgeschieden. Aber es besteht ein quantitativer Unterschied. Per os gegeben, verhält sich Jodipin wie Jodkali, wird sehr bald in Jodkali umgewandelt und ist nach wenigen Minuten im Blut und Harn nachweisbar; es wird also schnell resorbiert. Es ist eine plötzliche Massenresorption. Anders ist es nach Jodeinspritzung. Hier wird ein Depot an der Injektionsstelle geschaffen; ähnlich wie bei den mit Fett gemengten unlöslichen Hg-Salzen gelangt das Injektum nur allmählich zur Resorption; injiziert man täglich 20 ccm Jodipin 10 Tage hintereinander, so kann man noch ein halbes Jahr Jod im Blut und Urin nachweisen. Hier ist die Jodalkalimenge im Blut und Urin gar keinen plötzlichen Schwankungen unterworfen. Das angegebene Verfahren ermöglicht chronische Kuren. Wichtig ist es, zu wissen, bis zu welcher Höhe die Jodzirkulation nach einer Jodipinkur zu kommen vermag. Die in der Zeiteinheit zirkulierende Menge kann nur gering sein. Sie entspricht einer Jodkaligabe von 0,3. Das Ausbleiben der Reaktion des Jodismus ist also auf das Ausbleiben einer plötzlichen Überschwemmung des Körpers mit Jodkali zurückzuführen. Danach sind die Gesichtspunkte in der Bekämpfung des Jodismus aufzustellen. Zur Verringerung der Jodschwankungen muss die Tagesdosis zerlegt werden; es ist nicht nötig, dieselbe zu verringern. Je stärker die Idiosynkrasie, desto mehr Einzelgaben sind nötig. Je geringer die Schwankungen, um so mehr wird sich die Jodkurve bei innerlicher Darreichung derjenigen der Injektion nähern. Stündlich ist etwa ein Teelöffel zu geben. Durch die Verminderung der Jodschwankungen wird der plötz-

Digitized by Google

liche Afflux zu den Schleimhäuten durch einen chronischen ersetzt. Bei zahlreichen Einzelgaben wird der Organismus unter gleichmässiger Stärke der Jodwirkung gehalten. Meist gelingt es, die Erscheinung des Jodismus durch frakturierte Gaben zu verhüten. Erst wenn auch dieses nichts nützt, muss man die Tagesdosis verkleinern. Aber auch hier kann man noch Erfolge erzielen. Auch macht sich hier das Gesetz der Anpassung geltend, so dass man bald mit der Dosis steigen kann.. Für die Jodipininjektion bietet sich nur selten eine Indikation.

In der Société de Thérapeutique zu Paris wurden die Nachteile der Jodkalibehandlung eingehend besprochen. Prof. Robin hebt unter Anführung einiger Fälle hervor, dass das Jodkali bei der allgemeinen progressiven Paralyse eher geeignet sei, Schaden zu stiften — Schädigungen in Gestalt epileptiformer, apoplektischer Anfälle u. a. m. hervorzurufen — als irgendwie von Nutzen zu sein. Das Jodkali hat in Wirklichkeit auch gegen die Erscheinungen von Sklerose bei der allgemeinen Paralyse nicht mehr Erfolg gehabt wie andere Medikamente; man sollte also ein Medikament, welches gelegentlich so ungünstig einwirken kann, künftig etwas weniger sorgenlos anwenden.

Prof. Jullien erwähnt weiterhin die ulzerösen Neoplasmen des Mundes, wo es gebräuchlich sei, zu Beginn des Leidens Jodkali zu geben. Dasselbe führt aber keine Heilung, sondern eine Verschlimmerung herbei, indem es einen wirklichen Katarrh der Mundschleimhaut mit Schwellung und hochgradiger Schmerzhaftigkeit der befallenen Teile verursacht. Ohne Zweifel seien für das Jodkali noch Indikationen vorhanden, aber dieselben müssten erst genau präzisiert werden.

Prof. Leredde führt mit Recht an, dass in vielen Fällen von Syphilis Jodkali direkt gefährlich wirken könne; es kann bei Befallensein des Larynx Glottisödem verursachen, kann also, so gefährlich bei Zungenkarzinom, auch bei rein syphilitischen Affektionen Gefahr bringen.

Prof. Danlos glaubt als Grundsatz aufstellen zu können, dass in Fällen von Gumma der Zunge Jodkali guten Erfolg hat, dass es aber im Gegenteil schädlich ist, wenn es sich um syphilitische Erscheinungen mit Neigung zu Sklerose handelt.

Dr. Heile (Breslau) hat durch exakte Versuche festgestellt, dass Jodoform bei Vermischen mit lebendem Gewebe (Leber, Milz, Nieren, Lunge, Blut etc.) unter Luftabschluss zu einem wahren Antiseptikum wird; Jodoform tötet dann Staphylokokken und Streptokokken (fakultativ anaërobe) vollständig, während Jodoform oder Organbrei allein unter Luftabschluss diese Bakterien gar nicht beeinflusst. Von den Organen wirkt Leber am meisten auf Jodoform ein, am wenigsten Fett und Gehirn, in der Mitte stehen Milz, Blut, Lunge und Niere. Bei dieser Einwirkung der Gewebe auf Jodoform wird dieses zersetzt unter Abspaltung von Jod. Quantitativ wächst die Jodmenge bei Einwirkung der verschiedenen Organe. Die Resultate der experimentellen Arbeit stimmen gut überein mit den klinischen Erfahrungen. Jodoform ist nicht wirksam auf oberflächlichen Wunden, dagegen ist es ein vorzügliches, langsam wirkendes Antiseptikum bei Behandlung von Höhlenwunden, deren Wand mit lebendem Gewebe ausgekleidet ist und zu denen der Luftzutritt erschwert ist (Mund-, Rachen- und Mastdarmerkrankungen). Vorsichtig muss man mit der Jodoformbehandlung bei Verletzung innerer Organe insbesondere intraperitonealer (Leber, Niere etc.) sein. Bei der Tuberkulosetherapie wird das Jodoform in kalten Abszessen (verkästes, zerfallenes Gewebe) sehr langsam in tuberkulösen Gelenken mit frischen Granulationen (tuberkulöse Synovia etc.) dagegen sehr kräftig zersetzt. Allgemein wichtig ist und bei späteren Untersuchungen anderer Antiseptika zu berücksichtigen, dass Jodoform durch diese neue Versuchsanordnung, durch Zusatz von lebendem Gewebe unter Luftabschluss, plötzlich zu einem ausgezeichneten Antiseptikum wird, während andere Mittel, z. B. Sublimat, durch Zusatz von Gewebe an Wirksamkeit bedeutend einbüssen.

Dr. Frieser (Wien) weist darauf hin, dass das Jodvasogen vor allen anderen in der Therapie üblichen Jodpräparaten zu externem Gebrauch den Vorzug

Digitized by Google

verdient. Autor hat mit dem Jodvasogen, das er in 6- oder 10%iger Konzentration in seinen Fällen (52) in Anwendung gebracht hat, stets sehr gute Erfahrungen gemacht und ganz zufriedenstellende Erfolge erzielt. Zunächst leistete ihm das Mittel bei pleuritischen Exsudaten, in Form von Pinselungen oder Einreibungen angewendet, meist gute Dienste. Desgleichen bewährt sich das Jodvasogen als sehr gutes und brauchbares Mittel bei typhlitischen und perityphlitischen Entzündungsprozessen und bei Reizzuständen in der Ileocökalgegend, wo zumeist ein guter resorbierender Einfluss zutage trat. Bei Ischias war die Wirkung des angewendeten Jodvasogens (Einreibungen oder Pinselungen) in vielen Fällen eine recht günstige. Bei sonstigen entzündlichen Affektionen an verschiedenen Körperstellen, ferner bei entzündlichen Anschwellungen von Lymphdrüsen, entzündlichen Ödemen usw. hatte er vielfach Gelegenheit, den oft sehr guten therapeutischen Einfluss des Jodvasogens zu beobachten. Auch bei der Behandlung fungöser Knochenprozesse und inzidierter Abszesshöhlen fand er das entsprechend angewendete Jodvasogen oft recht wirksam und bei Furunkeln, insbesondere bei multiplen, hat er es sehr oft mit gutem Erfolge angewendet. Mit Vorliebe und sehr guten Heilresultaten kam das Jodvasogen zur Uterustamponade nach vorgenommener Exkochleation und Abrasio zur Anwendung. Das Jodvasogen erwies sich ihm ferner oft sehr vorteilhaft wirksam bei der Behandlung verschiedener Geschwürsformen.

Dr. Lesser über Kenntnis und Verhütung des Jodismus im Verein für innere Medizin zu Berlin (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 44). — Prof Robin, Prof. Jullien, Prof. Leredde und Prof. Danlos über die Nachteile der Jodkalibehandlung bei der progressiven Paralyse in der Société de Thérapeutique zu Paris (Münch. med. Wochenschr. Nr. 13). — Dr. Heile über das Jodoform als Antiseptikum in der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 24). — Der therapeutische Wert des Ichthyol- und Jodvasogens und deren Verwendbarkeit in der Praxis von Dr. Frieser (Ther. Monatsh. 11. H.).

Isarol. Die Gesellschaft für chemische Industrie in Basel stellte aus dem mit Schwefelsäure behandelten Rohichthyol ein neues Produkt her, Ichthyodin, später Isarol genannt. Es ist dies eine braunrote, dickflüssige Lösung von eigentümlichem dem Ichthyol ähnlichen Geruch, welche 8,5 bis 9,5% Schwefel enthält; in getrocknetem Zustand beträgt der Gehalt an Schwefel 17—19%. Das Isarol löst sich ganz klar in Wasser; mit zehn Teilen Weingeist (95%) gibt es eine unvollkommene Lösung, wie das Ichthyol.

Nach Dr. Goliners Beobachtungen unterliegt es keinem Zweifel, dass dem Isarol dieselben pharmakodynamischen Eigenschaften innewohnen, wie dem Ichthyol; nur zeigt Isarol grössere Reinheit und konstantere Zusammensetzung, als das Hamburger Ichthyol, wie genaue Untersuchungen in der Baseler Poliklinik (Prof. Dr. Massini) erwiesen haben. Dazu kommt noch als wesentlicher Vorzug der billigere Preis des Isarols, der die Einführung dieses Präparates in die Praxis erleichtert.

Über Isarol, ein Ersatzmittel des Ichthyols von Dr. Goliner (Ther. Monatsh. 3. H.).

Isopral. Isopral ist ein Trichlorisopropylalkohol. Es hat einen kampferartigen Geruch und einen aromatischen, etwas stechenden Geschmack, bildet einen kristallischen Körper und ist in Wasser leicht löslich. Dr. Impens (Elberfeld) hat die Überzeugung gewonnen, dass das Isopral ein vortreffliches Hypnotikum ist, welches mit Vorteil überall Anwendung finden kann, wo Chloralhydrat indiziert ist. Man gibt es in Dosen von 0,5—0,75 g.

Pharmakologisches über ein neues Schlafmittel, das Isopral, von Dr. Impens (Ther. Monatsh. 9. u. 10. H.).

Digitized by Google

K.

Kautabletten. Nach Dr. Bergmann (Hanau) sind es vier Krankheitsformen, bei denen der Speichelfluss eine rationelle Anwendung finden kann: 1. Bei Halsentzündungen. Gargarismen pflegen hier den therapeutischen Zweck vollständig zu verfehlen, weil die hinteren Rachenteile, besonders die Mandeln, von Gurgelwässern kaum berührt werden. Der hinabgeschluckte Speichel hingegen benetzt auch diese Partien. 2. Bei Hyperacidität des Magens, die gewissermassen auf physiologischem Wege durch den alkalischen Kauspeichel ausgeglichen werden kann, ohne dass die schonungsbedürftige Magenschleimhaut irgendwie alteriert wird. 3. Bei Fettleibigkeit. Seit Oertel sieht man in der Verminderung der Wassermenge des Körpers eine der wichtigsten Aufgaben jeder Entfettungskur. Es genügt zu diesem Zwecke nicht, die Wasseraufnahme in der Nahrung einzuschränken, sondern man muss dem Patienten direkt Wasser entziehen durch Schwitzkuren mit Hilfe der Schweissdrüsen, auf einfachere und für das Herz schonendere Weise durch die Speicheldrüsen. (Lange fortgesetztes Kauen und Ausspeien!) So gelingt es, nicht unbeträchtliche Wassermengen zu entziehen, wobei es noch ein Vorteil ist, dass die Esslust des Patienten infolge des seinem Magen entzogenen Speichels nachlässt und ihm daher die bei Tisch gebotene Enthaltsamkeit weit weniger schwer fällt. 4. Bei Wassersucht. v. Leube war es, der zuerst durch Entspeichelung die Wassersucht zu bekämpfen suchte. Er hat bei Ascites wie bei Pleuritis exsudativa Erfolge von dieser Methode gesehen. Man sieht, dass der Speichel auch für die moderne Therapie nicht bedeutungslos ist. Um seine Produktion zu erleichtern, kommen Kautabletten, für die verschiedenen Zwecke besonders zubereitet, durch die Firma Krewel & Co., Köln a. Rh., auf den Markt.

Der Speichel als Heilfaktor von Dr. Bergmann (Ther. d. Gegenw. 5. H.).

Kehlkopfkrankheiten. Dr. Kronenberg konstatiert, dass von den zwei häufigsten Formen der Kehlkopftuberkulose, Infiltration und Geschwüre, die erstere überhaupt nicht lokal behandelt werden soll, die letzteren nur dann, wenn sie isoliert sind, der Allgemeinzustand ein günstiger ist und sie nicht zu gross sind. Was den letzten Punkt betrifft, so erlebt man oft unangenehme Überraschungen bei Stimmbandgeschwüren, die man in ihrer Grösse unterschätzt hat. Natürlich verlangen bedrohliche Komplikationen einen chirurgischen Eingriff oder heftige Schmerzen eine symptomatische Behandlung (Insufflation von Orthoform u. dgl.). Keines der vielen angegebenen Mittel (Milchsäure, Phenolsulphamin usw.) wirkt spezifisch, am besten noch wirkt die Galvanokaustik, die sehr gut vertragen wird; obenan steht die Allgemeinbehandlung; oft heilen leichtere Fälle spontan.

Dr. Neufeld publiziert zwei Fälle von Kehlkopftuberkulose, in denen die Operation Heilung brachte. In dem einen Fall (52jähr. Mann) sass breitbasig an der hinteren Kehlkopfwand in der Gegend des linken Aryknorpels eine erbsengrosse Geschwulst. An der Oberfläche war der Tumor höckrig. Bei sonst normalem Allgemeinzustand wurde die Geschwulst entfernt und sie erwies sich als tuberkulös. In dem zweiten Falle handelte es sich um einen Polypen, der auf dem Stimmband aufsass. Vor demselben hatte sich ein tuberkulöses Geschwür etabliert. Der 52jähr. Mann hatte in beiden Spitzen Dämpfung und war Diabetiker. Nachdem er durch antidiabetische Kost den Zucker verloren hatte, wurde der Polyp exzidiert und das Geschwür mit Milchsäure zur Heilung gebracht.

Dr. Spiegel hat einen neuen Kehlkopfpulverbläser konstruiert. Er besteht im wesentlichen aus einer Metallhülse und einem Kolben, der in dieser durch eine Spiralfeder nach oben gedrückt wird. Wird der Kolben ganz herabgezogen, so wird er durch eine ein-

Digitized by Google

schnappende Sperrklinke festgehalten. Dann wird das Ansatzrohr mit dem Pulver beschickt, an die am oberen Ende seitlich angebrachte Auslaufhülse gesteckt, das ganze in die volle rechte Hand genommen und nach erfolgter Einstellung im Munde der lange Hebel der Sperrklinke mit dem rechten Daumen leicht niedergedrückt. Jetzt wird der Kolben frei und durch die Feder heftig nach oben geschnellt, wobei der komprimierte Luftinhalt der Spritze das Pulver austreibt.

Als Ersatz der Anwärmung des Kehlkopfspiegels empfiehlt Dr. Kassel eine einfache Methode, nämlich das Eintauchen in gewöhnliches kaltes Leitungswasser. Taucht man den Spiegel in solches, so bemerkt man an der glatten Glasfläche grössere Tropfen, welche schon bei leichtem Schwenken des Spiegels abfallen. Zerdrückt man aber die Tropfen auf der Glasfläche und verreibt sie ein wenig mit dem Finger (oder in appetitlicher Weise mit Watte), so ist die zur Spiegelung erforderliche Adhäsion zwischen Wasser und Glas hergestellt. Zeigt die jetzt gebildete dünne Wasserschicht Unregelmässigkeiten, so genügt es, den Spiegel noch einmal kurz unter Wasser zu bringen und dann abzuschwenken. Die metallene Rückseite kann getrocknet werden.

Einen elektrischen Anschlussapparat zur Kehlkopfdemonstration konstruierte Prof. E. Meyer (Berlin). Der von der Firma W. A. Hirschmann hergestellte Apparat ermöglicht es, das mit dem Kehlkopfspiegel bei Untersuchungen und auch bei Operationen von dem Untersuchenden eingestellte und beobachtete Bild zwei weiteren Beobachtern sichtbar zu machen.

Die Behandlung der Kehlkopftuberkulose von Dr. Kronenberg (Münch. med. Wochenschr. Nr. 16. — Prag. med. Wochenschr. Nr. 33). — Tuberkulöse Kehlkopfgeschwüre von Dr. Neufeld (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 1. — Prag. med. Wochenschr. Nr. 33). — Ein Kehlkopfpulverbläser von Dr. Spiegel (Fränkels Arch. f. Laryng. 13. Bd. 3. H.). — Ersatz der Anwärmung des Kehlkopfspiegels von Dr. Kassel (Ebendaselbst). — Kehlkopf-Demonstrations-Apparat nach Prof. Meyer (Med. Woche Nr 21).

Keratitis. Dr. Duane (New-York) bedient sich bei der Behandlung der Korneal-Infiltrationen des Jodvasogens. Auf Grund seiner Beobachtungen gelangt er zu folgenden Schlüssen: 1. Das Jodvasogen ist ein wertvolles Mittel bei infiltrierten und ausgebreiteten Geschwüren der Cornea mit und ohne eitrige Sekretion der Konjunktiva. Es ist besonders in denjenigen Fällen indiziert, in denen die Galvanokaustik durch den Sitz des Infiltrats kontraindiziert erscheint. 2. Das Mittel verursacht, wenn es nicht im Übermass appliziert wird, nur mässige Schmerzen und niemals irgend eine unliebsame Reaktion oder irgend eine unangenehme Nebenwirkung. 3. Eine vorangehende Anästhesierung der Cornea mit Kokain ist selten erforderlich und gewöhnlich besser zu unterlassen. 4. Die Applikation wird am besten jeden zweiten Tag gemacht, bis das Infiltrat augenscheinlich einzuschrumpfen beginnt; dann soll die Behandlung in Zwischenzeiten von drei bis vier Tagen fortgesetzt werden, bis das Infiltrat vollständig verschwunden ist.

Mit Ulcus corneae septicum bezeichnet Dr. Bock (Laibach) die unter dem Namen Hypopyon-Keratitis oder Ulcus corneae serpens bekannte eiterige, meist nach Verletzungen auftretende Hornhauterkrankung. In der Behandlung dieser Krankheit ist Bock vom Schnitte nach sämisch ganz abgegangen; einen Nutzen hat er nur von einer frühzeitigen Kauterisation der erkrankten Hornhaut mit der rotglühenden Platinnadel, von der Entleerung des Eiters aus der Kammer und der Einstäubung von Jodoform gesehen. Das Holokain zieht er dabei dem Kokain vor. Selbstverständlich tritt er bei Erkrankung der Lidränder, der Bindehaut und besonders des Tränensackes für deren gleichzeitige energische Behandlung ein. Einen feuchten Verband legt Bock nicht unmittelbar nach der Kauterisation, sondern erst einige Tage später an. Seine Erfolge sind sehr gut.

Die Behandlung der Kornealinfiltrationen mit Jodvasogen von Dr. Duane (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 38). — Ulcus corneae septicum von Dr. Bock (Allg. Wien. Med.-Ztg. — Schm. Jahrb. 277. Bd. 2. H.).

Keuchhusten. Dr. Stekel (Wien) hat die Überzeugung gewonnen, dass es

Digitized by Google

häufig gelingt, eine Pertussis mit Euchinin in einer Woche zu kupieren, wenn die Behandlung im Stadium catarrhale energisch einsetzt. Säuglingen gibt Stekel Euchinin 0,20 in Suppositoriumform zweimal täglich. Und so steigt er von Jahr zu Jahr, immer ein Decigramm mehr (innerlich!) als das Kind Jahre hat. Über 0,70 steigt er nicht per os. Kindern, die das Euchinin nicht nehmen wollen, gibt er es in Suppositoriumform eher in stärkerer Dosis, und zwar zwei Decigramm mehr, als das Kind Jahre hat, zweimal täglich. Grösste Einzeldosis für Suppositorien 1 g. Als sehr nützlich erwiesen sich Stekel in Kombination mit der Euchinintherapie heisse Bäder in der Dauer von 10—15 Minuten des Abends vor dem Schlafengehen. Am Schluss des Bades eine flüchtige kühle Übergiessung des Nackens. Die Kinder schlafen dann viel ruhiger und pflegen nach so einem Bade lange zu schlafen, ohne von einem Hustenparoxysmus geweckt zu werden. Von höchster Bedeutung ist es demnach, die Diagnose auf Keuchhusten schon in der katarrhalischen Periode zu stellen. Dies ermöglicht die Untersuchung des Urins. Der Harn der an Pertussis Leidenden ist auffallend blass und von hohem spezifischen Gewicht (1020—1035), das wahrscheinlich von einem grossen Reichtume an Harnsäure herrührt, die sich in der Form eines weisslichen Pulvers niederschlägt. An zweiter Stelle erwähnt Stekel, dass die Kinder für gewöhnlich am Tage ruhig sind und in der Nacht zu husten beginnen. Ein Husten, der sich Nachts einstellt und bei dem objektiv trotz genauer Untersuchung sich nichts nachweisen lässt, ist immer auf Keuchhusten verdächtig. In solchen Fällen kann die Untersuchung auf Keuchhustenurin viel zur Klärung der Diagnose beitragen.

Dr. Svoboda versuchte das Aristochin an Prof. Fühwalds Abteilung in Wien bei 68 typischen Fällen von Keuchhusten und zwar in Dosen wie bei Chininverwendung, bei Säuglingen dreimal soviel Centigramme als das Kind Monate, bei grösseren Kindern dreimal soviel Decigramme als das Kind Jahre zählt. Es wurde stets gut vertragen ohne Nebenwirkungen. In einer grossem Anzahl der beobachteten Fälle sah der Autor rasche Besserung und Heilung, bei der Hälfte der Fälle wurde der Verlauf günstig beeinflusst, bei anderen Kindern war keine oder nur geringe Besserung zu verzeichnen.

Dr. Stepp versuchte bei Keuchhusten die Darreichung des Fluoroforms, eines geschmack- und geruchlosen, absolut ungiftigen Mittels. Dasselbe empfiehlt sich besonders bei der Behandlung der Kinder in den ersten Lebenswochen und im ersten Lebensjahre, endlich auch bei älteren Kindern, bei denen das Bromoform versagt. Das Fluoroform kommt in 2—2½%iger Lösung in Anwendung. Bei allen Erkrankungsformen, sowohl bei den leichten, als bei den schwersten und anderweitig komplizierten, setzt sofort mit Beginn der Fluoroformbehandlung ein Abfall der Anfallskurve ein, zuerst steil, dann allmählicher und dann wieder rascher. Diese Regelmässigkeit dieses Abfalles lässt eine spezifische Einwirkung des Mittels auf das Keuchhustengift als durchaus wahrscheinlich erscheinen.

Dr. Schreiner behauptet, dass der Oxykampfer in vielen Fällen den Keuchhusten lindere und abkürze. Man gibt dreimal täglich bis dreistündlich 1—3 dcg pro Lebensjahr. Sehr viel besser und ganz vorzüglich wirkte in fast allen Fällen das stets gern genommene und ohne alle unangenehmen Nebenerscheinungen gut vertragene Citrophen. Autor gab das Mittel in Oblaten oder in Zuckerwasser, begann mit dreimal täglich 1,5 bis 2 dcg pro Lebensjahr und stieg ziemlich schnell auf 3 dcg.

Folgende Behandlung des Keuchhustens empfiehlt Dr. Rocques (Paris): Im ersten Stadium wende man eine einfache antikatarrhalische Behandlung an; im zweiten Stadium gebe man Belladonnasirup und halte die Kinder im Zimmer; später Bromkalium. Gegen Ende dieser Periode und im dritten Stadium Luftwechsel und Lebertran.

Über Euchinin bei Keuchhusten von Dr. Stekel (Klin.-ther. Wochenschr. Nr. 23). — Über Behandlung des Keuchhustens mit Aristochin, einem neuen geschmacklosen Chininpräparat von Dr. Svoboda (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 10). — Zur Behandlung des Keuchhustens von Dr. Stepp (Prag. med. Wochenschr. Nr. 11—14). — Über den

Digitized by Google

günstigen Stand der Keuchhustenbehandlung und über neuere Erfahrungen mit Oxykampfer und Citrophen von Dr. Schreiner (Ther. Monatsh. 5.—7. H. — Schm. Jahrb. 279. Bd. 9. H.). — Die Behandlungsmethoden des Keuchhustens von Dr. Rocques (Inaug.-Dissert. Paris, 1903. — Schm. Jahrb. 279. Bd. 7. H.).

Kinderlähmung. Dr. Jones berichtet über die Erfolge der chirurgischen Behandlung bei spastischen cerebralen Kinderlähmungen. Idioten und Kranke mit sehr reizbarer Stimmung oder ausgesprochen athetotischen Bewegungen und Verlust der Kontrolle über die Sphinkteren sind von der chirurgischen Behandlung auszuschliessen, ebenso solche Kinder, bei denen die Lähmung komplett ist, d. h. bei denen die kleinen Kranken nie den Spasmus auch nur wenig lösen. In allen Fällen dagegen, in denen ein willkürliches, wenn auch nur geringes Lösen des Spasmus unabhängig von den assoziierten Bewegungen der gesunden Seite besteht, ist die Behandlung indiziert. Am Arme besteht die Behandluug meist in der Durchschneidung der Sehnen des Flexor carpi ulnaris und radialis und Einpflanzung der beiden Stümpfe in die entsprechenden Extensoren. An der unteren Extremität durchschneidet Verfasser die Adduktoren und die Kniebeuger offen, meistens entfernt er Stücke aus denselben, dann verlängert er die Achillessehne. Der Kranke wird nun auf einen Abduktionsrahmen gespannt und bleibt 3 Monate in seinen Schienen liegen: nach dieser Zeit folgt eine lange Nachbehandlung. Verfasser hat an zahlreichen Kranken im Alter von 1 bis 20 Jahren operiert und oft vorzügliche Resultate erhalten; nicht nur lernten die Kranken gehen, sondern meist besserte sich mit dem körperlichen auch der geistige Zustand. Die Nachbehandlung muss lange genug durchgeführt werden, da sonst stets Rückfälle eintreten.

Über die Grundlagen der chirurgischen Behandlung bei Kinderlähmungen von Dr. Jones. (Lancet. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 16).

Klumpfuss. Prof. Lauenstein empfiehlt die von Ogston für den rebellischen Klumpfuss empfohlene Operation (Entfernung der Knochenkerne der Fusswurzel und nachherige Umformung des Fusses) nach seinen Erfahrungen in drei Fällen bestens; er fand die Operation nach den Ogstonschen Vorschriften als leicht ausführbar und lässt sich die Klumpfussstellung nach Entfernung der Knochenkerne überraschend leicht und vollständiger als nach den früheren Methoden ausgleichen, besonders auch die Einwärtswendung der Fussspitze. Die Retention wird wesentlich dadurch erleichtert, dass man die Hake des operierten Fusses gegen die des gesunden stellt und durch ein Kissen oder Polster die Innenränder der Füsse auseinander hält. Die Nachbehandlung ist kurz und kann man schon nach acht Wochen die Kinder mit festem Schuhwerk gehen lassen, da sie mit voller Sohle auftreten. Lauenstein plädiert für vorgängige Röntgenographie: die schnelle Reproduktion der Knochenkerne (6 bis 8 Wochen) lässt sich röntgenographisch nachweisen. Eine Störung des Wachstums des Fusses braucht man nicht zu fürchten. Es lässt sich heute noch nicht entscheiden, bis zu welchem Alter die Ogstonsche Operation geeignet ist.

Nach Dr. Littles (Liverpool) ist die Operation des Klumpfusses nach Phelps angezeigt bei schweren, sonst unheilbaren Fällen und bei solchen, bei denen die Eltern dem Kinde nicht die nötige Sorgfalt angedeihen lassen und wieder und wieder Rückfälle auftreten. Er macht einen V-förmigen Schnitt, dessen freies Ende über der Tuberosität des Kahnbeins liegt. Bei schweren Fällen wird der Durschschneidung der Weichteile noch die Durchmeiselung des Halses des Astragalus hinzugefügt. Ferner wird die Achilleesehne tenotomiert. Bei kleinen Kindern ist die Operation kontraindiziert.

Zu Ogstons Operation des rebellischen Klumpfusses von Prof. Lauenstein (Zentralbl. f. Chir Nr. 39. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 41). — Dr. Littles über die Operation des Klumpfusses nach Phelps in der British Medical Association zu Swansea (Münch. med. Wochenschr. Nr. 41)

Knochenplombe. Prof. Mosetig v. Moorhof (Wien) gelang es eine Knochenplombenmasse aus Jodoform

Digitized by Google

(60,0), Wallrat und Sesamöl (āā 60,0) zusammenzustellen, welche von dem Gewebe gut vertragen wird und in den Knochen einheilt. Wie die mehrere Monate nach der Operation aufgenommenen Röntgenphotographien zeigen, wird diese Plombenmasse dann allmählich resorbiert und durch neugebildeten Knochen ersetzt. Eine sehr wichtige Bedingung des Gelingens ist eine aseptische Höhle; bei den verschiedenen Formen der Nekrose gelingt das Aseptischmachen der Höhle weder mit Ausspülungen noch mit siedendem Öl; dies kann nur auf operativem Wege erreicht werden, indem man die Wände der Abzess- und Kloakenhöhle mit Meissel und scharfem Löffel entfernt, bis frische gesunde Knochensubstanz überall zum Vorschein kommt. Wenn die Höhle so hergerichtet ist, wird sie mit 1%iger Formalinlösung ausgespült und dann vollständig getrocknet. Erst wenn die Wandungen vollständig trocken sind, kann man die durch Erwärmen flüssig gemachte Masse eingiessen. Dieselbe füllt alle Lücken der Höhle aus und bewirkt daher eine sichere Blutstillung. Über der starr gewordenen Plombe wird das Periost und die Haut zusammengenäht. Auch bei Gelenkskaries hat sich die Plombe sehr gut bewährt. Verfasser ist der Ansicht, dass die sogenannte konservierende Behandlung der Glieder nicht in passivem Abwarten und Anlegen von Verbänden bestehen soll, sondern dass möglichst frühzeitig alles Kranke (Knochen und Kapsel) exstirpiert werden soll; dann gelingt es, die Verkürzung der Extremität auf ein Minimum zu reduzieren und bei Kindern den Epiphysenknorpel zu erhalten, was für das nachträgliche Wachstum der Extremität von der grössten Bedeutung ist.

Die Jodoformknochenplombe von Prof. Mosetig v. Moorhof (Zentralbl. f. Chir. Nr. 16. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 8. H.).

Kochsalzinfusionen. Dr. Wernitz (Odessa) empfiehlt zur Behandlung akuter Infektionskrankheiten eine Methode, die in dem Bestreben besteht, dem akut infizierten Organismus auf die beste und schonendste Weise möglichst viel Flüssigkeit zuzuführen, um ihn dadurch nicht nur vor der Wasserverarmung mit den unangenehmen Begleiterscheinungen, Trockenheit der Schleimhäute, quälendem Durst usw., zu schützen, sondern auch, um eine vermehrte Ausscheidung aller Sekrete zu bewirken. Dadurch wird die natürliche Ausscheidung der Infektionsstoffe beschleunigt und zwar nicht nur der geformten Elemente (Bakterien beim Typhus usw. im Harn), sondern auch der im Blute vorhandenen Toxine, welche dadurch verdünnt und schneller ausgeschieden werden. Diese, wenn auch nur zeitweilige und nicht vollständige Befreiung unterstützt den Organismus im Kampf mit den Bakterien, die deletäre Wirkung der Toxine wird abgeschwächt, und der Organismus findet Zeit, Antitoxine zu bilden. Man erreicht den angestrebten Zweck am bequemsten und wirksamsten durch folgendes Vorgehen: Ein mittellanges Mastdarmrohr wird so weit eingeführt, wie es geht, ohne dem Kranken Schmerzen zu machen, und mit einem Irrigator verbunden, in dem lauwarme 1%ige Kochsalzlösung sich befindet. Hält man den Irrigator niedrig, wodurch stärkerer Druck und schnelles Einfliessen vermieden wird, so kann man ziemlich viel Flüssigkeit einlaufen lassen, namentlich wenn man noch kurze Unterbrechungen durch Zusammendrücken des Schlauches macht. Tritt dann Drang ein, so wird der Irrigator gesenkt, wodurch das Wasser mit aufgeweichten Stuhlmassen in den Irrigator zurückfliesst. Meistens gehen dabei auch viele Gase ab. Ist das Wasser stark verunreinigt, so wird es durch frisches ersetzt. Diese Prozedur muss viele Male wiederholt werden, bis der untere Teil des Darmrohres von Kotmassen befreit ist, wozu man gewöhnlich eine Stunde braucht. Alle gewaltsamen Massregeln müssen vermieden und alle Manipulationen möglichst zart gemacht werden. Nach einer Pause von einer Stunde wiederholt man dann den Einlauf. Wenn auch beim ersten Einlauf ein Teil der Flüssigkeit resorbiert wird, so ist doch bei demselben die Hauptsache, den Darmkanal zu befreien und resorptionsfähiger zu machen. Beim zweiten Einlauf kann man sich

Digitized by Google

schon überzeugen, dass der grössere Teil der gebrauchten Flüssigkeit (1 Liter zu jedem Einlauf) resorbiert wird, nur muss diese Menge sehr langsam, mit Unterbrechungen einfliessen, da es sonst die Peristaltik anregt und Stuhlgang bewirkt. Das reaktionslose Einfliessen eines Liters Flüssigkeit dauert ungefähr eine Stunde. Nach einer Pause von ein oder zwei Stunden lässt man wieder ein Liter einlaufen. In dieser Weise wird weiter verfahren je nach Umständen und nach der Schwere des Falles. In den Pausen tritt dazwischen reichlicher breiiger Stuhl ein. Im Anfang findet die Resorption langsam, dann allmählich schneller statt. Der Puls wird voller, die bis dahin trockenen Schleimhäute werden feucht, der Kranke wird ruhiger, sein Aussehen bessert sich, seine Kopfschmerzen und Delirien, wenn vorhanden, lassen nach. Bald tritt reichliche Urinsekretion ein. Die Haut verliert ihre Trockenheit, wird allmählich feucht. Beim zweiten oder dritten Einlauf tritt Schweissekretion ein, die sich bei jedem weiteren Einlauf verstärkt und profus wird, wobei die Temperatur auch sinkt, anfangs weniger, später vollständig bis zur Norm. Wird die Eingiessung unterbrochen, so steigt die Temperatur wieder an, kann auch die frühere Höhe erreichen, um dann bei der folgenden Eingiessung wieder während des Schweissausbruches zu fallen. Bei den ersten Einläufen dauert es länger, bis der Schweissausbruch und der Temperaturabfall eintritt, und nach Unterbrechung des Einlaufs steigt die Temperatur schnell an; bei den folgenden Einläufen wird die Schweissekretion immer leichter und schneller hervorgerufen mit entsprechendem Temperaturabfall, und nach Unterbrechung des Einlaufs steigt die Temperatur immer langsamer an und erreicht nicht die frühere Höhe. Die Urinsekretion beträgt in 24 Stunden 5—6 Liter. Das Steigen und Fallen der Temperatur ist nicht mit unangenehmen Zufällen verbunden, kein Schüttelfrost, keine Kollapserscheinungen treten dabei auf. Die Patienten fühlen sich sehr gut und verlangen selbst nach den Einläufen, wenn die Temperatur wieder ansteigt. Bei niedriger Temperatur tritt auch das Nahrungsbedürfnis auf. Die Zahl der Einläufe richtet sich nach dem Krankheitsfall. Bei einer akut septischen Schwerkranken wurden in 24 Stunden 10 Einläufe gemacht, also 10 Stunden lang, und die fast hoffnungslose Kranke mit einer Temperatur von 40,5° und Puls 160 war nach 24 Stunden so weit, dass sie am folgenden Tage ihre Reise unternehmen wollte. Bei weniger stürmisch verlaufenden Infektionskrankheiten wird wahrscheinlich eine geringe Zahl genügen, um den Krankheitsverlauf günstig zu gestalten und die gefährlichen Symptome zu beseitigen. In den folgenden Einläufen gestaltet sich die Prozedur sehr einfach. Nach Einführung des Darmrohres stellt man den Irrigator neben dem Bett hin, in solcher Höhe, dass das Wasser nur geringen Druck ausübt und sehr allmählich einfliesst. Tritt dazwischen eine peristaltische Bewegung auf, so wird sie nicht als Drang empfunden, man sieht nur am Steigen des Wassers im Irrigator, dass der Druck im Darmrohr stärker geworden ist. Lässt der Druck nach, so fliesst das Wasser wieder ein. Kann der Druck im Darmrohr den Wasserdruck nicht überwinden, so tritt das Gefühl des Stuhldranges auf, und dann muss der Irrigator etwas gesenkt werden, damit etwas Flüssigkeit aus dem Darm in den Irrigator zurückfliessen kann. Der Vorzug dieser Methode besteht darin, dass man es dem Organismus überlässt, so viel Flüssigkeit zu resorbieren, wie er vertragen kann, und dass dem Herzen keine zu schwere Arbeit aufgebürdet wird. Wenn das Herz schwach ist, wird anfangs nur wenig Flüssigkeit aufgesogen, und nur mit steigender Herzkraft steigt die Menge der resorbierten Flüssigkeit. Eine Überbürdung des Herzens findet nicht statt. Die Methode ist etwas zeitraubend, man muss die ersten Einläufe selbst machen, dabei ist sie aber so einfach, dass ein jeder Laie die folgenden Einläufe machen kann. Die Kranken werden fast gar nicht belästigt.

Nach den Erfahrungen von Dr. Ercklentz an der Breslauer medizinischen Klinik hat sich die Infusionstherapie insbesondere bei septischen Erkrankungen, bei Urämie und bei schweren Anämien gut bewährt.

Digitized by Google

Für die praktische Verwertung der Methode ist zunächst zu betonen, dass sie kontinuierlich angewandt werden muss. Am besten verfährt man in der Weise, dass, so lange Krankheitserscheinungen ernsterer Art noch vorhanden sind, täglich 1 oder 2 Liter einer 0,9%igen Kochsalzlösung einmal oder mehrmals am Tage subkutan beigebracht werden. Nur dort, wo es auf eine schnelle Wirkung ankommt, wie bei der Urämie, wird man die intravenöse Anwendung vorziehen, eventuell nach vorangegangenem depletorischen Aderlass. Hinsichtlich der Technik ist folgendes zu beachten: Als Flüssigkeitsbehälter diene das Gefäss eines Irrigators oder ein Trichter, aus dem die Kochsalzlösung durch einen Gummischlauch geleitet wird. Hat man ein solches Gefäss nicht zur Hand, so bediene man sich einer grösseren Spritze. Am Ende des Schlauches befindet sich eine ziemlich starke, scharfe Metallkanüle, die man in eine Falte der vorher sorgfältig desinfizierten Haut von Brust, Bauch, Schulterblatt oder Oberschenkeln einsticht. Durch Heben des Gefässes kann man die Einströmungsgeschwindigkeit beliebig regeln. Die Temperatur der Infusionsflüssigkeit — am besten 40° C — reguliere man durch Zusammengiessung von heisser und kalter Lösung unter Kontrolle des Thermometers. Die Flüssigkeit strömt meist schnell in das Unterhautzellgewebe ein und kann durch Massage der Haut noch rascher verteilt werden, so dass man binnen kurzer Zeit 1—2 l zu infundieren vermag. Ist sehr schnelles Handeln erwünscht, so kann man gleichzeitig an zwei verschiedenen Stellen infundieren. Zur Vornahme der intravenösen Infusion lege man eine Gummibinde an einen Oberarm an und präpariere eine der grösseren Venen des betreffenden Armes frei. Sodann löse man die Umschnürung und führe, nachdem man durch einen Scherenschnitt die Vene quer geöffnet, in deren zentrales Ende eine stumpfe Kanüle ein, während man das periphere Ende abbindet. Die Kochsalzlösung fliesst dann langsam ein. Nach Beendigung der Infusion wird die Kanüle herausgenommen, das zentrale Ende der Vene ebenfalls unterbunden und dann die Wunde geschlossen. Man kann auch eine scharfe Kanüle durch die Haut hindurch direkt in die gestaute Vene flach hineinstossen und dann infundieren; doch gehört hierzu einige Übung.

Dr. Ljubomudroff sah gute Erfolge von den Kochsalzinfusionen bei Typhus abdominalis (in 50 Fällen), bei Erysipel, Scarlatina, Variola vera, Typhus exanthematicus und Diphtherie, so dass Verfasser die Ansicht vertritt, die Kochsalzinfusionen müssten als Ultimum refugium bei jedem Schwerkranken angewandt werden. Besser jedoch ist es, mit denselben rechtzeitig zu beginnen, dann ist auch der Erfolg bedeutend sicherer.

Dr. Tscherepnin berichtet über die günstigen Resultate, die er bei 31 Typhuskranken mit Kochsalzklysmen erzielte.

Die Nutzanwendung der Kochsalzinfusion ist nach Dr. Berenbach (Köln) am glänzendsten bei der akuten Anämie. Unwirksam war sie bei Jodoform- und Quecksilbervergiftung. Gute Erfolge wurden erzielt bei Kohlenoxydvergiftung, bei Kohlendunst- und Leuchtgasvergiftung, des weiteren bei Urämie. Angezeigt ist die Kochsalzinfusion bei der Cholera asiatica und Cholera nostras infantum und überall da, wo es gilt, entweder einen Verlust an Körpersäften zu ersetzen oder giftige Stoffe aus dem Körper zu entfernen. Die Gefahr der Luftembolie bei den Eingiessungen ist, namentlich wenn sie subkutan geschehen, so gut wie ausgeschlossen. Starker Hydrops, Herzinsuffizienz, Cyanose, Lungenödem sind Kontraindikationen. Eine Infusionsmenge von $^1/_{47}$—$^1/_{35}$ des Körpergewichts kann man ruhig auf einmal infundieren, und zwar benutzt man tunlichst eine 0,6—0,8%ige Kochsalzlösung, die 38—40° C warm und leicht alkalisch gemacht ist. Die Infusionen können intraarteriell, intravenös und subkutan gemacht werden.

Behufs genauer Bestimmung der Temperatur der zu Irrigationen, zu subkutanen und intravenösen Infusionen verwendeten Flüssigkeiten hat Dr. Aufrecht (Magdeburg) Thermometer in offene Glasröhren einschmelzen lassen, welche in den die Flüssigkeit zuleitenden Gummischlauch

Digitized by Google

eingeschaltet werden, so dass die durch den Schlauch strömende Flüssigkeit das Thermometer umspült. Die für subkutane und intravenöse Infusionen erforderliche Kanüle ist mit einem Stellhahn versehen, um durch ein seitliches Röhrchen die Flüssigkeit, wenn sie zu kühl sein sollte, ablaufen zu lassen, während die Kanüle an der Einstichstelle verbleiben kann. Diese Thermometerröhren sind in zwei Grössen bei Middendorf in Magdeburg, Breiteweg 155, käuflich.

Zur Behandlung akuter Infektionskrankheiten von Dr. Wernitz (Ther. Monatsh. 1. H. — Medico Nr. 3). — Über Infusionsbehandlung von Dr. Ercklentz (Ther. d Gegenw. 1. H.). — Über die Behandlung einiger Infektionskrankheiten mittelst Kochsalzinfusionen von Dr. Ljubomudroff (Wojen. med. Journ 5. H — Ther. d. Gegenw. 8. H.). — Über die Behandlung des Abdominaltyphus mit Kochsalzklysmen von Dr. Tscherepnin. (Ebendaselbst. — Ebendaselbst). — Die Kochsalzinfusion und ihre Verwertung bei Krankheiten von Dr. Berenbach (Volkm. Samml. Nr. 350. — Schm. Jahrb. 279. Bd. 9. H.). — Über Thermometer zur genauen Bestimmung von Infusionsflüssigkeiten von Dr. Aufrecht (Ther. Monatsh. 12. H.).

Koffein. Die Indikationen für das Koffein sind nach Prof. Huchard und Dr. Fressinger (Paris) die Synkope, kardiale Kompensationsstörungen, die Asystolie, sobald Digitalis sich unwirksam zeigt. Handelt es sich um eine Synkope, um eine mehr oder weniger schwere Herzschwäche, um eine schwache Pulsspannung bei Inanition, Schwäche in der Rekonvaleszenz oder bei abdominalen Affektionen, dann kann eine subkutane Injektion von Koffein 0,25—0,5 pro die Besserung bringen. In Zuständen, wo das Herz alteriert ist, haben verschiedene Autoren nach Applikation grösserer Dosen von Koffein beobachtet, dass die unmittelbare Wirkung wohl günstig sei (Verlangsamung der Herzschläge, Steigerung des arteriellen Druckes), dass dies aber eine entgegengesetzte Wirkung zur Folge zu haben pflege: unregelmässige, schwache Herzschläge mit Verminderung des arteriellen Druckes. Bei den Kardiopathien, bei denen eine Dilatation besteht und der Herzmuskel relativ gesund ist, kann Koffein Digitalis ersetzen; ist dagegen z. B. bei Arteriosklerose der Muskel affiziert, dann sei man vorsichtig. Bei Herzfehlern im Beginne, sowie bei Perikarditiden, wo oft die Dilatation prädominiert, ist — bis auf die terminalen Stadien — Koffein indiziert. Kontraindiziert ist das Mittel in Fällen von Kardiosklerose mit Galopprhythmus. Günstige Wirkung konnten Autoren in einem Falle von Obesitas beobachten mit Dilatatio cordis, Lebervergrösserung und Ödemen der unteren Extremitäten; hier versagte Digitalis, während nach vier Injektionen von 0,25 Koffein die Diurese sich steigerte und die Ödeme verschwanden. Ebenso kann bei Kardiopathien in der Menopause mit starker Dilatation Koffein Wirkungen erzielen, die die Digitalis nicht hat; Voraussetzung ist relative Intaktheit des Herzmuskels. Man verschreibt für Injektionszwecke:

Koffein	2.5
Natr. benzoic.	3,0
Aqu. dest.	10,0.

Die subkutanen Koffeininjektionen von Prof. Huchard und Dr. Fressinger (Journ. des Practic.).

Kollyrien. Dr. Terson behauptet, dass die 1%ige Eserinöllösung viel besser und kräftiger wirkt als die gleichprozentige wässerige Lösung. Wenn diese Lösung mit der nötigen Vorsicht zubereitet wird, wenn nicht durch Überhitzen reizende Substanzen entstehen, hat die Lösung in Ol. Archidiv. hypog. (Pistazienöl) oder Ol. Olivar. trotz ihrer Stärke den wichtigen Vorzug, dass sie ausgezeichnet vertragen wird. Dabei ist die Lösung aseptisch und fast unzersetzlich, wenigstens monatelang, was man von der wässerigen Lösung bekanntlich nicht behaupten kann. Die ölige 1%ige Atropinlösung gibt gute Resultate: sie bleibt rein, wird gut vertragen und scheint weniger zur Atropinkonjunktivitis zu führen, jedoch scheint sie der wässerigen Lösung in gleicher Stärke nicht überlegen zu sein. Die ölige Lösung von Kokain ist wohl bei Verbrennungen. Schnittwunden, Erosionen angezeigt, wo es von Wert ist, eine fettige aseptische Lösung zu verwenden; dagegen ist die ölige Lösung bei operativen Eingriffen direkt unbrauchbar; die Lider werden schlüpfrig, es entsteht eine Emulsion mit dem zur Reinigung des Operationsfeldes gebrauchten Wasser, mit den Tränen, mit

Digitized by Google

dem Blut. Dagegen betont Bignon die ausserordentlich anästhesierende Wirkung einer 2%igen Kokainlösung in Vaselinöl. Auch die Kokainöllösung zeigt sich steril. Öllösungen von Tropokokain, Dionin, Cupr. sulf. etc. stehen wegen ihrer geringen Löslichkeitswerte der wässerigen Lösung nach. Die öligen Kollyrien werden wegen ihrer ausgesprochenen Sterilität in der Therapie festen Fuss fassen: sie repräsentieren ein ausgezeichnetes Hilfsmittel und ist die ölige Eserinlösung ein geradezu neues Mittel, welches die unerquicklichen Eigenschaften (Veränderlichkeit, Verursachen von Schmerzen) der wässerigen Lösung nicht besitzt und das in vielen Fällen durch nichts anderes ersetzt werden kann.

Kollyrien in Öllösung von Dr. Terson (Ophthalm. Klinik. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 3. H.).

Kosmetische Operationen. Im Wiener medizinischen Doktorenkollegium sprach Dr. Gersuny über einige von ihm selbst ersonnene kosmetische Operationen. Bei der sogenannten doppelten Lippe, einer Wulstbildung parallel der Oberlippe, schnitt man früher den roten Wulst fort und vereinigte. Da aber hier kein Plus an Schleimhaut, sondern ein wirklicher Prolaps vorhanden, das subkutane Bindegewebe zu locker ist, so genügt es, den Wulst der Länge nach zu spalten, das subkutane Gewebe zu exzidieren und die Wunde zu vereinigen. Gersuny bespricht sodann die Methode, die man wählen könnte, um eine zu grosse Ohrmuschel zu verkleinern: Exzision eines Streifens parallel dem Ohrmuschelrande, Deckung des Defektes vom Helix aus. Will man ein Ohrläppchen verkleinern, so schneide man hinten ein halbmondförmiges Stück aus und vereinige. Bei zu starker Wölbung der Ohrmuschel exzidiere man wieder einen solchen Streifen, dessen vordere Fläche kleiner ist als die hintere, dann wird das Ohr normal stehen. Wenn das Ohr zu weit vom Kopfe absteht, so solle man die Ohrmuschel vom Schädel abpräparieren, sie drehen und so befestigen, dass sie gut anliegt. Die von Gersuny zuerst geübten Paraffininjektionen bei Sattelnasen sind allgemein bekannt. Man schützt sich gegen Unfälle (Embolien) dadurch, dass man vorerst Schleichsche Lösung injiziert, diese wieder etwas aspiriert und, wenn kein Blut kommt, sofort das Paraffin einspritzt. Gersuny zeigt eine eigens konstruierte Spritze, mit welcher man sogar hartes Paraffin einspritzen kann (Schmelzpunkt zwischen 50 bis 53° C). Gersuny warnt davor, zuviel Paraffin einzuspritzen. Kleine Nasenhöcker bringt man zum Verschwinden, wenn man ober-, eventuell auch unterhalb des Höckers ein ganz kleines Paraffindepot anlegt. Bei flachen Narben, z. B. entstellenden Blatternnarben im Gesichte, hilft man, wenn man die Leute gut ernährt und ihnen zu einem Fettpolster verhilft. Gersuny versuchte eine Mischung von Olivenöl und Vaselin (4:1) subkutan beizubringen. Das Öl wird allmählich weggeführt, es bleibt ein kleines Vaselindepot, wodurch scheinbar das subkutane und Fettgewebe vermehrt ist. Hier ist aber die Gefahr, dass die Farbe der Haut verändert wird.

Dr. Gersuny über einige kosmetische Operationen im Wiener medizinischen Doktorenkollegium (Münch med. Wochenschr. Nr. 47).

Krankenpflege. Dr. Klein hat in Gemeinschaft mit dem Mechaniker Gustav Krause in Wien eine Leibbinde hergestellt, die sich nach Konstruktion und Material durchaus von allen übrigen bisherigen unterscheidet und sich in über 50 Fällen bereits vortrefflich bewährt hat. Sie besteht aus einem Gerippe von Stahlschienen. Eine solche etwa 10—25 cm lange liegt der Wirbelsäule in der Weise an, dass ihre Mitte dem dritten Lendenwirbel entspricht. Von derselben gehen beiderseits drei Reifenpaare um den Leib. Die zwei oberen verlaufen oberhalb des Hüftbeinkammes, die dritte liegt unterhalb desselben. Das oberste Paar stösst mit einem nach unten offenen stumpfen Winkel zusammen und umfasst den grössten Umfang des Leibes. Das zweite Federnpaar ist rückwärts 5—8 cm unterhalb des ersten befestigt und soll vorne ungefähr in Nabelhöhe zusammenstossen, kreuzt sich demnach mit dem obersten Paare. Das dritte Reifenpaar entspringt

Digitized by Google

am unteren Ende des senkrechten Rückenstabes und begrenzt hier einen nach oben offenen stumpfen Winkel. Es ist von der grössten Wichtigkeit, dass die Federn überall der Köperoberfläche genau anliegen. Sie werden genau umgelegt und vorläufig vorne zusammengeschlossen. Hierauf werden sie noch durch je zwei mehr oder weniger geneigte Federn, die gleichfalls genau den Umrissen des Körpers anzupassen sind, untereinander verbunden. Im Bedarfsfalle wird noch eine kurze vierte schräge Feder angebracht, um den abhängigsten Partien des Leibes vorne eine Stütze zu bieten. Dazu kommt dann noch je eine vordere, annähernd senkrecht stehende Feder, die mit sämtlichen drei, bezw. vier queren Reifen vernietet wird. Die Reifen sind gehärtete Stahlfedern, wie sie bei der Uhrenfabrikation Verwendung finden, etwa 2 cm breit, kaum 0,15 mm dick und zeichnen sich durch eine ganz ausserordentliche Biegsamkeit aus. Das auf die geschilderte Weise entstandene Stahlgerippe muss nun zunächst mit Papier, dann mit Stoffstreifen umwickelt werden, darüber kommt eventuell noch eine Lage Baumwolle, dann kann das ganze Gerüst mit Stoff umkleidet werden. Der vordere Abschluss wird am zweckmässigsten durch eine Schnürvorrichtung bewirkt. Diese Binde ist bei allen Formen von Hängebauch und Senkung der Eingeweide, insbesondere Wanderniere, bei Atonia ventriculi et intestinorum vorteilhaft. Sie ist ferner angezeigt während der Schwangerschaft und gerade auch in den ersten Monaten post partum und nach Bauchoperationen, sowie bei Bauch- und Nabelbrüchen. Für fettarme Personen sind Einlagen aus Baumwolle oder plastischem Filz von verschiedener Form und Stärke, unter Umständen auch feste und elastische Pelotten erforderlich. Schenkelbänder können in der Regel wegfallen.

Die Krankenpflege in der ärztlichen Praxis schildert in einem mit 75 Abbildungen versehenen preiswerten Büchlein Dr. Richard Rosen (Berlin). Von der richtigen Voraussetzung ausgehend, dass dem privaten Arzte nicht die teueren Apparate eines Hospitales und das geschulte Personal desselben zur Verfügung stehen, stellt er sich die Aufgabe, dem Praktiker darin behilflich zu sein, wie er auch mit kleinen Mitteln sein Auskommen finden kann, um den Anforderungen der modernen Hypurgie zu entsprechen.

Über Leibbinden von Dr. Klein (Wien. klin. Rundschau Nr. 34 u. 35). — Die Krankenpflege in der ärztlichen Praxis von Dr. Rosen (Berlin, Fischers Verlag).

Kraurosis vulvae. Dr. Darger (Hamburg) bekennt sich als Gegner der Ansicht, dass die Kraurosis vulvae ein Endstadium des Pruritus darstelle. Bei dem Mangel an Bakterien erscheint die essentielle Kraurosis nicht als primär infektiös-entzündlicher Vorgang wie der Pruritus; es handelt sich nach Dargers Ansicht vielmehr um eine primäre Erkrankung des Kutisgefässnetzes mit sekundärem Ödem des Papillarkörpers und späterer Atrophie, also um einen vom Pruritus ganz verschiedenen Vorgang. Als Therapie gibt die Exzision der Vulva die besten Resultate.

Zur Kenntnis der Kraurosis vulvae von Dr. Darger (Arch. f. Gynäk. — Schm. Jahrb. 277. Bd. 2. H.). —

Kretinismus. Dr. Magnus-Levy hat im Elsässer Münstertale eine Anzahl von Kretins untersucht. Es waren nicht ganz schwere Fälle, wie auch in der Schweiz die Schwere der Fälle abgenommen hat. Öfter konnte er in der Aszendenz einen kretinistischen Gesichtshabitus, herabgesetzte Intelligenz feststellen. Ein Kropf war nur in einem Falle vorhanden, und auch hier nur mässigen Grades. Die eingeleitete Schilddrüsenbehandlung erzielte in allen sieben Fällen eine ausserordentliche Besserung, Zunnahme der Körperlänge um 10—12—17 cm in einem Jahre, bedeutende Hebung der geistigen Fähigkeiten. Die entgegenstehenden Resultate anderer Forscher können an seinen positiven Resultaten nichts ändern, um so mehr, als auch andere positive Resultate erhalten haben. Da auch die verfrühte Verknöcherung der Knorpelfugen von anderer

Digitized by Google

Seite nicht bestätigt werden konnte, und die Hautveränderungen von denen des sporadischen Kretinismus nicht verschieden sind, glaubt er eine gleiche Ätiologie beider Krankheiten annehmen und auch den endemischen Kretinismus auf eine Störung der Schilddrüsenfunktion zurückführen zu können.

Dr. Magnus-Levy über Organtherapie beim endemischen Kretinismus in der Berliner medizinischen Gesellschaft (Münch. med. Wochenschr. Nr. 30).

L.

Leberkrankheiten. Dr. White sucht nachzuweisen, dass die mannigfachen Ursachen für die Entstehung der Leberkrankheiten, die in den Lehrbüchern gegeben werden, falsch sind. Weder Syphilis, Malaria, noch andere Krankheiten können einen Zustand erzeugen, der mit der Lebercirrhose verwechselt werden könnte, sie wird einzig und allein durch ein uns bisher unbekanntes Gift verursacht, das entweder in alkoholischen Getränken enthalten ist oder doch, wie z. B. der Arsenik, in Verbindung mit Alkohol besonders schädlich wirkt. Der Alkohol allein bewirkt nach Verfassers Ansicht die Cirrhose nicht; es spricht dagegen, dass man bei Tieren durch Alkohol keine Cirrhose erzeugen kann, ferner die grosse Verbreitung der Trunksucht und die geringe der Lebercirrhose. In Schottland, wo sehr viel Schnaps getrunken wird, ist die Cirrhose sehr selten. Verfasser hält die sogen. biliäre Cirrhose für überaus selten, die hypertrophische Cirrhose ist das erste Stadium der atrophischen. Was die Symptome der Cirrhose anlangt, so glaubt Verfasser, dass die hauptsächlichsten, wie Ascites, Ikterus und Ödeme der Füsse und Beine, auf toxische Einwirkungen, keinesfalls aber auf Verlegung der Pfortader oder der Gallengänge zurückzuführen sind. Die Lebercirrhose ist seiner Meinung nach ebensowenig eine lokale Krankheit wie die Nierenschrumpfung; bei beiden Krankheiten ist die Vermehrung des Bindegewebes von geringerer Bedeutung als die Umwälzung in der inneren Sekretion der befallenen Drüse; diese Umwälzung führt zu Überladung des Körpers mit Toxinen, die bei der Lebercirrhose wiederum zu Ascites, Ikterus, Ödemen und Blutungen Anlass geben. In bezug auf die Prognose hält Verfasser den Ascites für das wichtigste Symptom; ist einmal bei unkomplizierter Cirrhose Ascites vorhanden, so hat der Kranke nur noch wenige Monate zu leben; deshalb sollte die Punktion bei sicherer Diagnose unterbleiben. Nützt eine Punktion oder bessert sich ein als cirrhotisch angesehener Ascites durch andere Behandlung, so kann man sicher sein, dass es sich nicht um reine Lebercirrhose, sondern wahrscheinlich um chronische Peritonitis handelte.

Die Therapie der Lebercirrhose muss sich nach Dr. Ehret (Strassburg) zum Ziele setzen, erstens den krankhaften Prozess in der Leber zum Stillstand zu bringen oder doch möglichst zu verlangsamen, zweitens die Stauung im Pfortadergebiet und ihre Folge zu bekämpfen. Es ist von allergrösster Wichtigkeit, dass das schädliche, die Krankheit auslösende Moment beseitigt wird. Dieser Indikation kann bei der atrophischen Lebercirrhose, welche in der Regel alkoholischen Ursprungs ist, genügt werden. Zu empfehlen ist eine totale Abstinenz jeglicher alkoholischen Getränke. Es ist dies einerseits von grosser Bedeutung, weil auch geringe Mengen, kontinuierlich genossen, genügen, um den Krankheitsprozess zu unterhalten (Alcoolisme à jet continu Huchards), andererseits lehrt die Erfahrung, dass eine einfache Beschränkung der alkoholischen Getränke dem Patienten schwerer fällt und mehr Gelegenheit zu Rückfällen gibt als eine vollständige Entziehung, die nur in der ersten Zeit mit Unbequemlichkeiten verknüpft ist. Es ist auf die Dauer viel leichter, gar nichts zu trinken, als wenig zu trinken. Hierher gehört dann noch der

Digitized by Google

Gebrauch von kleinen Dosen von Digitalis und von Jodkalium; ersteres, um eine bessere Durchflutung der Leber mit arteriellem Blut zu erzielen, letzteres, um den Stoffwechsel anzuregen. Die Stauung im Pfortaderkreislauf wird am besten bekämpft durch abführende Salze (Karlsbad, Marienbad, Vichy, Vittel) oder durch das besonders von den Franzosen warm empfohlene Kalomel. Hinzu treten zweckmässig kleine Blutentziehungen in der Lebergegend und um den Anus. Besondere Beobachtung erheischt der Ascites. Derselbe wird am sichersten durch Punktion bekämpft, und zwar wird möglichst frühzeitig und jedesmal, wenn der Ascites eine gewisse Grenze erreicht hat, zu punktieren sein; denn nur unter diesen Bedingungen ist der Punktion eine wirklich kurative Wirkung zuzuschreiben. Die Punktion ist bei Ascites infolge Lebercirrhose nur in den seltensten Fällen durch diuretische Mittel zu ersetzen, wenn auch letztere, sowie Ableitungen auf die Haut (Schwitzbäder) in geeigneten Fällen nicht unversucht bleiben dürfen. Die bei Lebercirrhose oft auftretende Peritonitis spielt wohl bei der Ausheilung der Stauung eine wichtige Rolle, insofern durch dieselbe Adhäsionen zu stande kommen, welche wiederum zur Bildung von Kollateralbahnen benutzt werden. Ist der Ausgleich der Stauung nicht zu erzielen, so muss in denjenigen Fällen, wo lediglich die Stauung mit ihren Folgen das Leben bedroht, die Talmasche Operation in Frage gezogen werden.

Nach Dr. Zesas (Kiel) ist die Talmasche Operation nicht in allen Fällen von Lebercirrhose indiziert, sondern hat ihre genauen Indikationen und Kontraindikationen. Eine Conditio sine qua non ist die noch erhaltene Funktion der Leberzellen; der Prozess in der Leber darf also noch nicht fortgeschritten sein; nach Talma ist die Operation spätestens nach der zweiten Punktion vorzunehmen. Ferner dürfen keine Komplikationen (z. B. seitens der Nieren) vorhanden sein; das Allgemeinbefinden muss ein gutes sein. Kontraindiziert ist die Operation in allen Fällen, wo eine schwere Störung der Leberfunktion vorliegt (Urobilinurie, Ikterus, Acholie oder Hypocholie der Fäces). Nach Bunge kommen für die Operation folgende Krankheiten in Frage: 1. Thrombose der Pfortader oder Verengung durch entzündlichen Prozess oder Tumoren, 2. die atrophische Lebercirrhose, 3. die kardiale Cirrhose, 4. die perikarditische Pseudolebercirrhose, 5. die Zuckergussleber. Die Gefahren der Operation sind bei sorgfältiger Asepsis gering, nicht grösser als diejenigen einer Probelaparotomie. Allerdings kann es infolge der Operation zu Ileus (durch Abknickung von Darmteilen) kommen. Die Erfolge der Talmaschen Operation werden im allgemeinen um so günstiger sein, je frühzeitiger sie vorgenommen wird; der Eingriff darf eben nicht als ultimum refugium betrachtet werden.

Dr. Lenzmann (Duisburg) berichtet über einen Fall von hochgradigem Ascites bei einem Potator, bei dem die Operation nach Talma (breite Annähung des Netzes an die Bauchwand, Fixation der stark vergrösserten Milz an der 10. Rippe) sehr guten Erfolg hatte.

Bei einer 28jährigen Patientin mit Lebercirrhose nähte Dr. Hildebrand (Basel) einen Netzzipfel in der Peritonealschlitz ein. Nach der Operation nahmen Ascites und Ödeme anfangs zu, später jedoch verschwanden dieselben vollständig und sind nach $2^3/_4$ Jahren nicht wiedergekehrt; Patientin kann ihrem Berufe nachgehen.

Auch Dr. Kozlowski beschreibt einen Fall von Heilung des Ascites bei Lebercirrhose durch die Operation nach Talma.

Die Schnürleber kann unter Umständen in diagnostischer und therapeutischer Beziehung eine gewisse Wichtigkeit bekommen, wenn der abgeschnürte Teil eine aussergewöhnlich grosse Beweglichkeit zeigt. Dieses Vorkommnis hat Prof. Penzoldt (Erlangen) in den letzten Jahren bei drei Frauen berichtet. Bei allen diesen liess sich das ganze abgeschnürte Stück sehr stark um eine durch den Stiel von vorn nach hinten gelegte Achse drehen. Die Möglichkeit liegt vor, dass solche Fälle bei der ersten Untersuchung zu Täuschungen Veranlassung geben und für Neubildungen gehalten

Digitized by Google

werden. Solche Fälle sind vorgekommen. Für die richtige Diagnose von Wichtigkeit sind das Fehlen der Schmerzhaftigkeit, ausgesprochener Höckerung, stärkerer Härte, die Verschieblichkeit ins Epigastrium und bei längerer Beobachtung die unveränderte Beschaffenheit und das Fehlen kachektischer Erscheinungen. Auch mit einer vergrösserten beweglichen Niere kann der Leberlappen verwechselt werden. In therapeutischer Beziehung ist jeder anhaltende Druck auf die Schnürfurche und jeder Zug an den Unterleibsorganen nach abwärts zu vermeiden. Man erreicht dies nach Verfasser am einfachsten durch ein Leibchen aus starker Korsettleinewand, welches breit auf den Schultern aufliegt und an welchem etwas oberhalb der Taille Knöpfe vorn und hinten angebracht sind, an welchen Hosen, Unterröcke und der Oberrock unter Vermeidung jeder Zusammenschnürung der Taille angeknöpft werden. Unter dem Leibchen darf ein leichtes Korsett lose getragen werden. Diese Vorschriften gibt Verfasser seit Jahren in allen Fällen von Enteroptose, Nephroptose, Magengeschwüren etc.; er hält sie überhaupt für die zweckmässigste Art für alle Frauen, die Unterkleider zu tragen. Wenn die Beschwerden stärker sind, kann man versuchen, durch eine Leibbinde mit Schenkelriemen den Leib zu stützen. Auch eine Mastkur beseitigt in manchen Fällen die Beschwerden. Wenn nichts hilft, kann man auch die operative Anheftung des beweglichen Lappens an die Bauchwand versuchen.

Dr. Koch (Surabaya) bespricht die Diagnose des Leberabszesses. Fieber, das sich bei Bewegung steigert, ist stets vorhanden, Schmerz ist weniger charakteristisch. Schulterschmerzen in etwa 15%, „Tussis hepatica“ etwa in 50%. Husten bedeutet stets, dass der Abszess in der Nähe des Zwerchfells liegt. Bei der Inspektion imponiert vor allem die fahlgelbe Farbe des Gesichts, ferner der Gang: „Es ist, als ob der Patient mit seinem Abszess unter dem Arm herumginge“. Äusserst vorsichtig, mit kleinen Schritten kommt er herein, Ober- und Unterarm gegen die Lebergegend drückend. Dabei geht er vornübergebeugt und schief, mit deutlicher Dorsalskoliose konvex nach links. Vor dem Legen setzt er sich erst vorsichtig nieder, dreht dann langsam die Lebergegend nach unten und hält dabei den Oberkörper stocksteif. Die Atmung ist oberflächlich und schnell. Verdauungsstörungen namentlich bei Sitz an der Unterfläche, unstillbares Erbrechen bei Sitz am Lobus Spigelli und quadratus. Bezüglich Palpation und Perkussion betont Verfasser, dass ein aussergewöhnlicher Hochstand des Zwerchfells auch einen hohen Sitz des Abszesses bedeutet, ein Tiefstand der Lebergrenze aber durchaus noch nicht zu dem Schlusse berechtigt, dass auch der Abszess tief sitzt. Mit der — unentbehrlichen — Punktion sei man vorsichtig. Die von Koch gebrauchte Nadel ist 7 cm lang und 2 mm dick, die Spritze 10 cm gross. Liegt der Abszess unter dem Rippenbogen, so ist Probelaparotomie vorzuziehen. Gegen die Gefahr der Infektion wird geraten, niemals die Nadel unter den Rippenbogen zu führen. Bei genügender Wahrscheinlichkeit eines Abszesses in der Bauchhöhle ebenfalls Probelaparotomie. Mehr als höchstens drei Probepunktionen sind nicht erlaubt, bei negativem Ausfall warte man einige Tage. Zur Verminderung der Spannung soll man 15—50 g Eiter durch die Kanüle hervorziehen. Noch besser ist es, die Nadel sitzen und die Operation gleich folgen zu lassen.

Die Leberabszesse sind nach Dr. Kartoulis (Alexandrien) ungemein häufig; sie sind Folge der Tropendysenterie (nach Kartoulis in 58%, in Indien sogar in 85%). Als weitere Ursachen müssen Alkoholismus, enteritische Prozesse, Appendicitis usw. gelten. Die Tropendysenterie ist ausschliesslich durch Amöben bedingt, während die Ruhr in gemässigten Zonen, welche in manchen Irrenanstalten und Gefängnissen endemisch ist, durch die von Kruse und Shigan nachgewiesenen Kokken hervorgerufen wird und nur ausnahmsweise zu Abszessen in der Leber führt. Im heissen Klima machen gewisse Nebenumstände die Leber zu einem Locus minoris resistentiae: Fleisch und ähnliche Nahrungsmittel verderben bei der Hitze leicht und schädigen den Digestionsapparat, der Körper verliert infolge reichlichen Schwitzens viel

Digitized by Google

Kochsalz, weshalb die Salzsäure im Magen vermindert ist (Tourtoulis). Die Intraorganoxydation ist herabgesetzt, da der Organismus beim ständigen Aufenthalt im warmen Milieu von der Eigenwärme nur wenig abhängig ist. Zudem fallen zwei mächtige Faktoren, welche die Zirkulation im Gebiet der klappenlosen Vena portae begünstigen, in den Tropen fort, erstens eine regelmässige tiefe Atmung und dann eine stärkere Muskeltätigkeit. Jeder aus dem Norden Kommende atmet in der dünnen Luft oberflächlicher und scheut bei der Hitze grössere Körperanstrengungen. Dabei führt man aber dieselben Nahrungs- und Flüssigkeitsmengen ein und hieraus resultiert eine Stauung im ganzen Pfortadergebiet. Bezüglich der Therapie der Leberabszesse ist eine gehörige Prophylaxe das beste. Wird eine Tropendysenterie gut, d. h. so lange behandelt, bis auch die geringsten Darmsymptome verschwunden sind, dann kommt es nie zur Suppuration in der Leber, wie Kartoulis auf Grund von unzähligen Beobachtungen versichert. Kalomel und Ipecacuanha nützen gelegentlich, sind aber keine Spezifika. Neben strenger (Milch, Milchreis) Diät sind vorsichtige und reichliche Darmausspülungen die Hauptsache. Kartoulis bevorzugt Enteroklysmen mit 0,5%iger Tanninlösung. Legrand sah in frischen Fällen schnelle Rekonvaleszenz von der innerlichen Darreichung von „El Kosam", einem Präparat aus Brucea sumatrana (Familie der Simaruba). Gegen die Darmtoxine leisten Bismuth. salicyl. und Jodoform (0,3—0,5 pro die) gute Dienste.

Bezüglich der operativen Behandlung der Leberabszesse variieren die Statistiken der einzelnen Chirurgen ebenso sehr wie die Art der Operationsmethoden. Nach dem Sammelbericht von Dr. Voronoff über 1000 Fälle beträgt die Durchschnittsmortalität 30%. Dir Leber zeigt oft eine ganze Reihe von Abszessen.

Zur Sicherung der Diagnose „Leberabszess" empfiehlt Dr. Wildt (Kairo) die Probepunktion, doch muss man in der Lage sein, die operative Eröffnung gleich folgen lassen zu können. Es sickert nicht selten etwas Eiter aus dem Stichkanal nach und in wenigen Stunden kann sich eine beginnende Peritonitis bilden. Nach der Vorschrift von Roger wischt Wildt die Abszesshöhle mit 1%iger Chininlösung aus, die er auch bei Amöbendysenterie mit Erfolg zu Klysmen verwendet.

Eine Mitteilung Prof. Klemperers (Berlin) bezieht sich auf die günstige Einwirkung von Sublimatinjektionen bei zwei mit Schüttelfrösten und Fieber kombinierten Fällen von Leberanschwellung, bei welchen Autor ex juvantibus die Vermutung eines ätiologischen Zusammenhanges zwischen dem von der Leber ausgehenden fieberhaften Prozesse und Lues ausspricht.

Nach Prof. Rosenbachs (Berlin) Ansicht ist im Quecksilber an sich selbst in offenbar schweren Fällen von Leberkrankheit ein direktes Heilmittel zu erblicken, das in allen Fällen akuter und subakuter Lebererkrankung möglichst sofort gegeben werden sollte. Die Quecksilberpräparate — Rosenbach hat bisher hauptsächlich Kalomel angewandt — sind als stärkster Reiz für die Wiederherstellung der normalen Leistung des Leberparenchyms, die ihren Ausdruck in normaler Absonderung und Fortbewegung der Galle findet, und daher in diesem Sinne gewissermassen als Specifika zu betrachten, sei es nun, dass sie direkt oder indirekt — durch primären gleichzeitigen Einfluss auf die innere Sekretion des Darms — ihren Einfluss ausübten. Nach des Verfassers Erfahrung ist übrigens gerade der Eintritt starker Darmerscheinungen (d. h. einer gesteigerten ausserwesentlichen Betätigung des Darms) bei der Quecksilberbehandlung Leberkranker nicht von Vorteil für den Heilungsvorgang, da dadurch die Zufuhr des Quecksilbers zur Leber — und somit die wichtigste Wirkung, nämlich die auf das Leberparenchym — verhindert zu werden scheint, wenn auch die starke diarrhoische Wasserabscheidung die hydropischen Erscheinungen etwas vermindert. Ist doch auch der Erfolg der Behandlung des allgemeinen Hydrops und Ascites bei Herzkrankheiten in hohem Masse von dem Verhalten der Leber insofern abhängig, als die Diurese nur dann dauernd gesteigert, die Aufsaugung der Transsudate

Digitized by Google

und sekundär die Verkleinerung des rechten Ventrikels nur dann erfolgreich bewirkt werden kann, wenn die Lebertätigkeit noch beträchtlich angeregt bezw. normalisiert zu werden vermag.

Über einige Irrtümer in Bezug auf Leberkrankheiten von Dr. White (Brit. med. Journ. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 22). — Zur Kenntnis der Prognose der atrophischen Lebercirrhose von Dr. Ehret (Münch. med. Wochenschr. Nr. 8). — Über die chirurgische Behandlung des Ascites bei Lebercirrhose von Dr. Zesas (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 27. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 32). — Zur Frage der Indikation und der Erfolge der Talmaschen Operation bei der atrophischen Lebercirrhose von Dr. Lenzmann (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 48). — Beitrag zur Talmaschen Operation von Dr. Hildebrand (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 66. Bd. 5. u. 6. H.). — Ein Fall von operativer Behandlung der Bauchwassersucht bei Lebercirrhose von Dr. Kozlowski (Rusk. Wratsch. — Med. Blätter Nr. 26). — Über die Beweglichkeit des abgeschnürten rechten Leberlappens von Prof. Penzoldt (Münch. med. Wochenschr. Nr. 10). — Über tropischen Leberabszess und dessen chirurgische Behandlung von Dr. Koch (Weekbl. v. d. Nederl. Tydschr. Nr. 4 u. 5). — Dr. Kartoulis, Dr. Voronoff und Dr. Wildt über Leberabszesse auf dem ägyptischen Kongress für innere Medizin in Kairo (Münch. med. Wochenschr. Nr. 2). — Fieber und Schüttelfröste mit Leberschwellung (ulzerierte Lebergummata?) geheilt durch Quecksilber von Prof. Klemperer (Ther. d. Gegenw. 1. H.). — Über die Behandlung von Leberaffektionen mit Quecksilber nebst Bemerkungen über fieberhafte Lebererkrankungen und den ätiologischen Schluss ex juvantibus von Prof. Rosenbach (Ther. d. Gegenw. 3. H. — Ther. Monatsh. 8. H.).

Lecithin und Lecithol. Lecithin, eine organische Phosphorverbindung, die einen wichtigen Bestandteil jeder pflanzlichen und tierischen Zelle und auch der Milch bildet, ist nach Dr. Massacins (Berlin) Ansicht ein Therapeutikum, das schon in ganz geringen Dosen (0,05—0,3) seinen Einfluss ausübt. Seine Wirkung ist keine direkt aufbauende, sondern eine zum Aufbau anregende, analog der des Eisens, Arsens usw. Das Nervensystem, in dessen Zusammensetzung das Lecithin an und für sich eine wichtige Rolle spielt, wird durch das phosphorhaltige Mittel zu grösserer Arbeitsleistung angespornt, welche sich ihrerseits durch vergrösserten Stickstoffansatz kundgibt. Autor hat gefunden, dass geringe Mengen Lecithin bei gleichbleibender Nahrung mehr als die dreifache Stickstoffretention bedingen, während die Phosphorsäuremenge des Kotes ebenfalls eine bedeutende Verminderung erfährt (bis 32%).

Dr. Sieffert gab das Lecithin bei Rachitis, bei Skrofulose, bei Neurasthenie, bei erschöpften Greisen und durch Exzesse heruntergekommenen Personen. Die Erfolge waren äusserst zufriedenstellend. Unter den verschiedenen Präparaten erwies sich ihm das Lecithin-Clin als das wirksamste. Zur Verwendung benutzte er entweder Lecithinpillen, von denen jede 5 cg Lecithin enthält, 2—5 Pillen täglich, bei der Mahlzeit eingenommen, oder Lecithinkörner, einen Teelöffel voll in Wasser gelöst, ebenfalls bei der Mahlzeit eingenommen. Dieses letztere Präparat (1 Teelöffel = 10 cg Lecithin) eignet sich besonders für Kinder. Die täglich verwendbare Dosis ist: 1—2 Teelöffel bei Kindern, 2—5 Teelöffel bei Erwachsenen.

Unter dem Namen Lecithol bringt die Firma J. D. Riedel ein aus frischem Hühnereigelb nach eigenem Verfahren hergestelltes Lecithin in den Handel, welches als natürliche, assimilierbare Form des Phosphors bei Zuständen allgemeiner Ernährungsstörung, bei Rachitis, Anämie, Neurasthenie, Tuberkulose etc. zu empfehlen ist. Nach der von Dr. Aufrecht (Berlin) ausgeführten Untersuchung ist es in seiner Zusammensetzung mit dem synthetisch reinen Lecithin fast identisch.

Betrachtungen über Lecithin von Dr. Massacin (Deutsche Med.-Ztg. Nr. 30. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 20). — Das Lecithin von Dr. Sieffert (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 4). — Über Lecithol von Dr. Aufrecht (Pharm. Ztg. Nr. 1).

Lepra. Als Vertreter des Standpunktes, dass nur die Lepra tuberosa ansteckend sei, die Lepra anaesthetica hingegen, obgleich durch dasselbe Contagium hervorgerufen, gar nicht oder nur in ganz unbedeutendem Masse eine Ansteckungsgefahr in sich führt, kann Prof. Dehio nur den neuesten Bestimmungen der russischen Regierung beipflichten, dass eine strenge Isolation nur für die ansteckenden Leprösen, d. h. für die Lepra tuberosa durchzuführen sei. Dadurch würde der

Digitized by Google

ganze Kampf mit der Lepra sich sowohl billiger gestalten, als auch einiges vom Schrecken für die armen Leprösen einbüssen. Da ja dort, wo man es mit bemittelten und gebildeteren Leprösen zu tun hat, eine eventuelle Isolation resp. Vorsichtsmassregeln für die Umgebung auch im Familienleben durchzuführen wären, freilich bei strenger Individualisierung in dem einzelnen Falle, so hängen auch die Massregeln des Kampfes mit der Lepra im hohen Grade von der Kultur des betreffenden Volkes ab.

Die Behandlung der Lepra durch intravenöse Sublimatinjektionen nach der Baccellischen Methode hat sich Dr. De Luca in zwei Fällen vorzüglich bewährt. In dem einen Fall kamen 25 Injektionen à 5 mg innerhalb 50 Tagen zur Anwendung; ein Rezidiv wurde nach $^1/_2$jähriger Heilung ebenso prompt durch 12 Injektionen à 5 mg beseitigt. Im anderen Falle kamen 20 Injektionen innerhalb 23 Tagen und im ganzen 102 mg Sublimat zur Anwendung.

Zu den neuesten Bestimmungen über das Internieren von Leprösen in Russland von Prof. Dehio (Wratsch. — Rev. der Russ. med. Zeitschr. Nr. 4). — Über neue Heilversuche der Lepra durch intravenöse Sublimatinjektionen nach der Baccellischen Methode von Dr. De Luca (Gaz. d. osped. Nr. 32).

Leukämie. Dr. Lucatello und Dr. Malon bemühten sich, ein leukotoxisches Serum für den Menschen herzustellen, um dasselbe eventuell zu einer antileukämischen Behandlung zu verwerten. Zu diesem Zwecke stellten sie folgende Experimente an: Von drei Kranken mit den bekannten Charakteristika einer vorwiegend myelogenen Leukämie mit Beteiligung der Milz entnahmen sie zu wiederholten Malen das nötige Blut aus den Venen des Armes. Das entnommene Blut hielten sie auf konstanter Temperatur und hinderten seine Koagulation durch spärlichen Zusatz von neutralem Kaliumoxalat. Nach einigen Stunden bildete sich eine gelblich-weisse Schichte (die mikroskopisch sich ausschliesslich aus gut konservierten Leukocyten zusammensetzte) und unter derselben eine rötliche Zone aus den Erythrocyten. Die Autoren impften nun die so gewonnenen Leukocyten Kaninchen und Schafen wiederholt ein. Nach 20 Tagen wurde an diesen Tieren der erste Aderlass gemacht und hierauf weitere in Zwischenpausen von 5—15 Tagen. Jedes der so gewonnenen Sera wurde studiert und da zeigte sich zunächst, dass jedes derselben in vitro eine bedeutende zerstörende Wirkung auf dieselben Leukocyten hatte, die der Ausgangspunkt für ihre Darstellung gewesen waren. Nun versuchten die Autoren Injektionen von 1—5 g dieses Leukolysins bei den drei Leukämischen, denen sie das Blut entnommen hatten. Die leukotoxische Wirkung war jedoch nur in einem Falle evident, indem die Zahl der weissen Blutkörperchen abnahm. In zwei Fällen ging auch der Milztumor etwas zurück. In einem Falle nahm sogar die Zahl der roten Blutkörperchen etwas zu.

Prof. Quincke (Kiel) hatte Gelegenheit, zwei Fälle von myelogener Leukämie zu beobachten, bei denen sich Miliartuberkulose als Sekundärerkrankung hinzugesellte, und nun — wie Quincke annimmt — infolgedessen ein deutlicher Rückgang der leukämischen Erkrankung zu konstatieren war. Auf Grund dieser klinischen Beobachtungen hält er bei Leukämiekranken therapeutische Versuche mit Tuberkulin für indiziert, in welchem wir wenigstens einen Teil der in Betracht kommenden Toxine, die nach seiner Vorstellung die Rückbildungsvorgänge im leukämischen Krankheitsbild günstig beeinflussen, in bequem dosierbarer Form besitzen. Einige, wie er freilich selbst sagt, nicht ganz eindeutige Resultate in dieser Richtung lassen ihm weitere derartige Versuche empfehlenswert erscheinen. Er vermutet, dass das Tuberkulin vielleicht nicht nur zerstörend auf die bereits gebildeten farblosen Zellen, sondern auch hemmend auf deren Neubildung wirke, wodurch sich vielleicht eine Umstimmung der in abnormen Bahnen sich bewegenden formativen Tätigkeit von Knochenmark und Lymphdrüsen erreichen liesse.

Über ein leukolytisches antileukämisches Serum von DDr. Lucatello und Malon (Gaz. d. Osped. de Clin. Nr. 11. — Med. Blätter Nr. 25). — Über Leukämie von Prof. Quincke (Deutsches Arch. f. klin. Med. 74. Bd. — Ther. d. Gegenw. 1. H.).

Digitized by Google

Levuretin. Wie Dr. Golnier mitteilt, wird unter dem Namen Levuretin von der Firma E. Feigel in Lutterbach ein pulverförmiges Präparat von gelblichem Aussehen in den Handel gebracht, welches gewissermassen eine trockene Bierhefe darstellt. Das Präparat erweist sich sowohl vom chemischen als vom biologischen Standpunkt aus als vollkommen rein, da es aus frischer Bierhefe hergestellt wird, welche nach einem besonderen Verfahren auch in konserviertem Zustande genau dieselbe Wirkung besitzt, wie die ganz frische Bierhefe. In erster Linie zog Golnier das Levuretin bei Diabetikern in Anwendung, weil die Bierhefe uns gestattet, mehlhaltige Substanzen in die Nahrung des Diabetikers aufzunehmen. Indem die Bierhefe den von der Nahrung herrührenden Zucker zerstört, verringert sie die Glykosurie; sie gestattet eine minder strenge Diät, bessert somit die Ernährung und beugt den unangenehmen Folgen der reinen Fleischkost vor. Wenn man zur gewöhnlichen täglichen Diät dem Zuckerkranken eine Dosis Levuretin gibt, dreimal täglich einen Teelöffel in Wasser oder lauwarmer Suppe, so zeigt sich nicht allein eine Besserung des Allgemeinbefindens, sondern auch eine merkliche Abnahme der Zuckerausscheidung. Bei zwei Diabetikern, welche längere Zeit hindurch 6—7 % Zucker ausschieden, konstatierte Autor nach mehrwöchentlichem Gebrauch des Levuretins, dass die Ausscheidung des Zuckers auf 1½ % zurückging und das Körpergewicht gleichzeitig zunahm. Das subjektive Befinden der Kranken war gegen früher bedeutend besser, die Stimmung zuversichtlicher. Diese günstige Wirkung der Bierhefe ist offenbar auf den hohen Gehalt derselben an Zymase zurückzuführen, welche die Verdauung der kohlehydrathaltigen Nahrungsmittel erleichtert. Des weiteren beobachtet man nach dem Gebrauch von Levuretin gute Erfolge bei Furunkulose der Haut und des äusseren Gehörganges. Hier war die Wirkung eine ungemein rasche, indem schon nach zwei Tagen das heftige Fieber und die Schmerzen schwanden und die Geschwüre nach wenigen Tagen geheilt waren. Die Patienten erhielten in der Regel dreimal täglich einen Kaffeelöffel voll in Milch oder Weisswein, und zwar unmittelbar vor dem Essen. Dass dem Levuretin auch eine entzündungswidrige Eigenschaft gegen Dermatosen innewohnt, beweist ihre therapeutische Wirkung bei chronischem Ekzem. Bei Ausschlag des Gesichtes, der Hände und Füsse erwies sich Golnier Levuretin, mehrere Wochen hindurch gegeben, geradezu als spezifisches Heilmittel. Das lästige Jucken lässt bald nach, die nässenden Stellen werden trocken, es kommt zur Bildung von Borken, die bald abfallen und einer glatten Haut Platz machen, die bald ihr vollkommen normales Aussehen wiedergewinnt, ein Erfolg, wie er bei der üblichen Salbenbehandlung des Ekzems nur selten zu erreichen ist.

Beitrag zur therapeutischen Wirkung der Bierhefe von Dr. Golinor (Ther. Monatsh. 8 H.).

Lichttherapie. Auf der Naturforscherversammlung zu Kassel sprach Dr. Jensen (Breslau) über die physiologischen Wirkungen des Lichts. Jensen erörterte die Bedeutung der Lichtreize für den normalen Ablauf der Lebensvorgänge; er führte aus, dass für die tierischen Organismen vorwiegend die blauvioletten Strahlen des Spektrums in Betracht kommen, während für das Leben der Pflanze die roten Lichtwellen von fundamentaler Bedeutung sind. Während tierische Organismen an sich auch ohne Licht leben können, ist dies bei den Pflanzen nicht der Fall, und da die Tiere nun ihrerseits zu ihrer Erhaltung auf die Pflanzen angewiesen sind, ist schliesslich auch für sie das Licht eine der wichtigsten Voraussetzungen des Lebens. Wichtig ist auch die bakterienfeindliche Eigenschaft intensiver Lichtstrahlung. Schliesslich ist der Bedeutung des Lichts als Vermittlers sinnlicher Eindrücke und dadurch des mächtigsten Mittels zur Orientierung der höheren tierischen Lebewesen über die Aussenwelt sowie seiner Rolle für das Seelenleben nicht zu vergessen.

Einen Überblick über die bisherigen Erfolge der Lichttherapie lieferte Prof. Rieder (München). Die Wirkung der Sonnenbäder besteht in Anregung der Zirkulationsvor-

Digitized by Google

gänge der Haut, d. h. starker Rötung und profuser Schweissbildung und ist im wesentlichen als eine Wärmewirkung aufzufassen. Auch bei dem schon von Hufeland empfohlenen Lichtluftbad, richtiger Luftbad, spielt das Licht eine untergeordnete Rolle, seine Leistungen sind vorwiegend thermisch-mechanischer Natur. Das elektrische Glühlichtbad ist ein sehr bequemes und angenehmes Schwitzbad, das auch solchen Personen, denen man die energischen Schwitzprozeduren alten Stils (Dampfkastenbäder etc.) nicht zumuten darf, unbedenklich verabreicht werden kann. Das Bogenlicht therapeutisch auszunutzen, hat zuerst Finsen durch sein geistreich erdachtes Instrumentarium ermöglicht; das als Ersatz angegebene Eisenbogenlicht und andere Vorrichtungen haben es bisher nicht erreichen können. Bei ihm handelt es sich in der Tat um eine reine Lichtwirkung. Es findet eine Entzündungserregung statt, die allmählich in die Tiefe fortschreitet und auch die dort befindlichen Bazillen durch Verschlechterung des Nährbodens vernichtet. Vorzüge der Finsenschen Methode sind ihre Schmerzlosigkeit und ihr Freisein von schädlichen Nebenwirkungen, ferner der Umstand, dass ihre Wirkung sich elektiv auf das kranke Gewebe beschränkt. Auch farbiges Licht hat man gelegentlich zu therapeutischen Zwecken verwendet (Chromotherapie). Die Vorstellung von der heilsamen Wirkung speziell des roten Lichtes spricht sich in dem weitverbreiteten Volksgebrauch aus, Blatternkranke in rote Decken zu hüllen oder in Räume zu bringen, die mit roten Vorhängen versehen sind. Auch Finsen schreibt dem roten Licht eine günstige Einwirkung auf den Verlauf der Pocken zu. Weniger beglaubigt sind die angeblich mit blauem Licht erzielten Erfolge. Man hat demselben beruhigende Wirkungen beigelegt und will sogar Operationen unter blauem Licht schmerzlos ausgeführt haben. Die Röntgentherapie ist wie die Lichttherapie bisher im wesentlichen den Hautkrankheiten zu gute gekommen. Sie beruht darauf, dass die Röntgenstrahlen von der Haut absorbiert und in chemische Energie umgesetzt werden; dadurch kommt eine reaktive Entzündung zu stande, die zur Aufsaugung des erkrankten Gewebes führt. Die Radiotherapie ist praktisch verwertet worden bei Abnormitäten des Haar- und Bartwuchses, sowohl im hemmenden wie im fördernden Sinne, ferner bei Furunkulose und anderen parasitären Hautkrankheiten; die Hauptdomäne der Lichttherapie speziell ist der Lupus. Auch Hautkrebse sind durch die Radiotherapie, besonders die Röntgenstrahlen, günstig beeinflusst bezw. ganz zum Schwinden gebracht worden. Vielleicht wird auch die Augenheilkunde noch von der jungen Therapie Nutzen ziehen. Die Radiotherapie mit Becquerelstrahlen vermittelst der radioaktiven Substanzen steckt noch in ihren Anfängen.

Seine Erfahrungen über Radiotherapie und Phototherapie fasst Dr. Freund (Wien) in folgenden Sätzen zusammen: 1. Alle Strahlen haben dieselbe physikalische Grundlage und stellen Ätherschwingungen von verschiedener Wellenlänge dar. 2. Die in der Darmatologie gebrauchten physikalischen Eigenschaften der Strahlen sind die chemischen, fluoreszierenden und elektrischen derselben. 3. Die Wirkung der Strahlen auf die Haut variiert entsprechend der angewandten Dosis. Sie schwankt von geringer Reizung bis zur völligen Zerstörung der Haut. In geringer Stärke angewendet, begünstigen die Strahlen die organischen Prozesse, das Wachstum der Haare und die Produktion von Pigment. In stärkeren Dosen schwächen sie die Vitalität, rufen Entzündung oder Nekrose hervor. 4. Wärme-, Licht-, elektrische und X-Strahlen haben alle einen ähnlichen Einfluss auf das Zellleben. 5. a) Die physiologische Wirkung steht in direktem Verhältnis zur Intensität der Strahlung, aber im umgekehrten zur Wellenlänge. b) Die Reaktion tritt nach einem Latenzstadium ein, dessen Länge umgekehrt proportional ist, der Wellenlänge und der Intensität der Strahlung. c) Die Wirkung der Strahlen dauert lange an. d) Die Strahlen, welche die Eigenschaft haben, Fluoreszenz zu erregen, sind die wirksamsten. 6. Die D'Arsonvalisation kann der Radiotherapie angeschlossen werden. Die Wirkungen dieser Methode sind nach Ansicht des Vortragenden der Funken-

Digitized by Google

entladung zuzuschreiben. 7. Die Wirkung der Funkenentladung ist a) eine mechanische, b) thermische, c) chemische (Bildung von Ozon), d) photochemische (ultraviolette Strahlen). 8. Die Wirkung der Funken variiert entsprechend ihrer Intensität von blosser Reizung bis zu destruktiven Prozessen. Sie wirken besonders auf das vasomotorische System und neigen dazu, Nekrose der oberflächlichen Epidermisschicht hervorzurufen. 9. Die D'Arsonvalisation ist von Nutzen bei den verschiedenen Formen des Pruritus, bei Lupus erythematosus; um Abstossung der Hornschicht zu erzielen bei Pityriasis versicolor, Acne vulgaris und rosacea, Pigmentanomalien. Eine günstige Wirkung zeigt sie auch bei Fissura ani. 10. Büschelentladung ist nützlich bei weit ausgebreiteten Erkrankungen und bei nervösen Individuen. Die Behandlung mit der elektrischen Hand ist eine milde Form der Büschelentladung. 11. Bei der Röntgenstrahlenbehandlung sind wahrscheinlich die X-Strahlen selbst die wirksamsten Faktoren, daneben wohl auch die elektrische Oberflächenspannung der Röhre. 12. Für die Röntgenstrahlenbehandlung sind besonders geeignet Hautkrankheiten, bei denen eine Beseitigung der Haare erwünscht ist, so Herpes tonsurans, Favus, Sycosis, Hypertrichosis. Die Ursache dieser depilatorischen Wirkung ist die Veränderung, die die Blutzufuhr der Follikel durch die Bestrahlung erleidet. 13. Die X-Strahlen besitzen keine bakterizide Eigenschaften. 14. Bei den übrigen Dermatosen, Lupus, Epithelioma, ist die destruktive Kraft das wirksame. 15. Mit den X-Strahlen kann man eine tiefere Wirkung erzielen als mit chemischen Mitteln. 16. Für die Behandlung des Lupus vulgaris ist die Finsen- wie die Röntgenstrahlenmethode von gleich günstiger Wirkung, die kosmetischen Resultate wie die Dauer der Behandlung etwa dieselbe. Ganz rationell ist es, die grossen Oberflächen zu röntgen und dann die restierenden Foci nach Finsen zu behandeln. 17. Die Reaktionen hängen in nicht geringem Grade von der Idiosynkrasie des betreffenden Individuums und von dem bestrahlten Teile der Körperoberfläche ab. 18. Klinische Erscheinungen bei der Röntgenstrahlenbehandlung sind 1. Anschwellung der Haut, 2. mässiges Erythem, 3. Pigmentveränderungen, 4. Haarverlust, 5. subjektive Symptome, wie Brennen, etc. 19. Finsen und andere stützen sich nur auf die Wirkung der blauen, violetten und ultravioletten Strahlen; aber die Strahlen von grösserer Wellenlänge sind auch von therapeutischem Werte. 20. Bargs Lampe ist hinsichtlich ihres therapeutischen Wertes der Finsenlampe unterlegen. 21. Es ist noch strittig, ob bei der Finsenlampe die entzündliche oder die bakterizide Wirkung das Ausschlaggebende bei der Bewertung der therapeutischen Resultate ist.

Dr. Levy-Dorn (Berlin) versucht, die Indikationen für das Röntgenverfahren in der Praxis festzustellen. Die Untersuchung auf Fremdkörper von höherem Atomgewicht (Metall, Glas usw.) ist dringend angezeigt, wenn Schmerzen oder Eiterungen die Extraktion derselben notwendig machen. Sind Fremdkörper verschluckt, so können wir erfahren, ob sie noch im Ösophagus stecken und sich vielleicht noch per os entfernen lassen. Gelingt das nicht und versucht man, sie in den Magen hinabzustossen, so zeigt eine wiederholte Untersuchung, ob unsere Bemühungen gelungen sind oder nicht. Soll ein operativer Eingriff vorgenommen werden, so können ängstigende Zweifel, ob der Fremdkörper verschluckt ist oder nicht, beseitigt werden. Fortgesetztes fruchtloses Suchen der Fremdkörper in den Fäces, die Furcht, ihn dabei übersehen zu haben, verlangt, wie auch bei nicht aufgefundenen Murphyknöpfen, eine Röntgenuntersuchung des Abdomens, um Gewissheit zu erlangen. Jodoform-Injektionen in tuberkulöse Herde werden mit Hilfe des Fluoreszenzschirmes kontrolliert, ob sie an die richtige Stelle gelangt oder resorbiert sind, bevor man die Injektion wiederholt. Verdacht auf Bruch oder Luxation sollte besonders unter folgenden Bedingungen Veranlassung zum Gebrauch der X-Strahlen geben: Schmerzen, welche die gewöhnlichen Untersuchungsweisen verbieten und früher die Narkose nötig machten, grosse Schwellungen, Blutergüsse und Dicke der Weich-

Digitized by Google

teile, wenn sie die Palpation zu sehr behindern, ungünstige Lage der Knochen (Fibula, Carpus, Tarsus etc.), durch welche ihre Frakturen leicht übersehen werden. Bestehen keine Zweifel über das Dasein eines Bruches, so müssen wir die Röntgenstrahlen zu Rate ziehen, falls über die Dislokation der Fragmente, besonders in den Gelenkgegenden, Unklarheit beruht. Ungewissheit über die richtige Stellung der Knochen in einem Verband erheischt ebenfalls eine Röntgenuntersuchung. Wenn irgend möglich, sollte man auf den Gipsverband verzichten, welche durch ihn schlechtere Knochenbilder veranlasst werden. Alle Affektionen der Knochen, welche es auch seien, sollten mit Röntgenstrahlen untersucht werden, falls unsere gewöhnlichen Untersuchungsmethoden kein zufriedenstellendes Ergebnis liefern. Die Röntgenstrahlen geben, falls man die richtige Methode anwendet, das zuverlässigste Mittel ab, die absolute Herzgrösse zu bestimmen. Daher sollte jeder Verdacht auf Herzaffektion, wenn genügend klare Symptome fehlen, den Arzt bestimmen, eine Röntgenuntersuchung vornehmen zu lassen. Die relative Herzdämpfung liefert unsichere Resultate. Ziemlich grosse Mediastinaltumoren oder Aortenaneurysmen können den gewöhnlichen Untersuchungsmethoden entgehen und schon diagnostizierte in ihrer Form und Ausdehnung relativ schlecht erkannt werden. In entsprechenden Fällen sollen die X-Strahlen dazu benutzt werden, die Diagnose zu sichern oder das Wachstum bezw. Zurückgehen der Geschwulst etwa infolge der Therapie zu verfolgen. Für die Erkennung einseitiger Zwerchfellaffektionen besitzen wir ebenfalls kein brauchbareres Mittel, als die X-Strahlen. Im übrigen ergänzen die X-Strahlen in glücklicher Weise die Ergebnisse der anderen physikalischen Untersuchungsmethoden, aber ersetzen sie nicht. Ihr Wert liegt darin, dass sie tiefliegende Herde fast ebenso leicht zeichnen, wie periphere, falls sich ihre Durchgängigkeit für die Strahlen anders verhält, als diejenige ihrer Umgebung. Man sollte alle diejenigen Patienten mit X-Strahlen untersuchen lassen, bei denen man aus irgend einem Grunde an ein Brustleiden denken muss, die übrigen physikalischen Untersuchungsmethoden aber negative oder nicht ausreichende Ergebnisse lieferten. Zu dieser umfangreichen Indikation für das Röntgenverfahren gehört z. B. die Forderung, bei Lungenabszess oder -Gangrän mit Röntgenstrahlen nachzuforschen, ob die Herde solitär oder multipel seien, weil die Aussichten der Operation in beiden Fällen verschieden sind. Wenn man aber unter den oben angegebenen Bedingungen häufiger nachsieht, so lohnt sich die Ausbeute nicht weniger. Es sei nur an Fälle von Lungenechinococcus und zentraler Herde, selbst tuberkulöser Natur, erinnert, die erst durch die X-Strahlen gefunden wurden. Die Hauptindikation für die Röntgenuntersuchung bei Abdominalkrankheiten bildet der Verdacht auf Nierensteine, falls die Patienten nicht zu korpulent sind und der übrige Untersuchungsmechanismus nicht zum Ziele führt. Erscheint es wichtig, die untere Magengrenze zu bestimmen, so gelingt dieses mit Hilfe der Röntgenstrahlen auch an den dicksten Personen, am zuverlässigsten durch Eingiessen von Wismut-Emulsionen durch einen Magenschlauch.

Dr. Perthes (Leipzig) machte nach einer zufälligen Beobachtung an der eigenen Hand Versuche mit Röntgenstrahlen an 18 Fällen von Warzen an der Hand, von denen 16 vollkommen verschwanden. Ebenso hat er einige Fälle von Karzinom (Ulcus rodens der Stirn, Rezidivkarzinomknoten in der Haut der Mamma) behandelt und geheilt. Perthes betont, dass die weichen Röhren eine grössere Oberflächen-, die harten eine grössere Tiefenwirkung haben.

Prof. Lassar (Berlin) macht darauf aufmerksam, dass die Dermatitiden der Ärzte, Chemiker etc. durch leichte Röntgenbestrahlung schnell und wirksam geheilt werden.

Dr. Kümmell (Hamburg) berichtet über einen Fall, in dem umgekehrt nach Bestrahlung ein Ulcus und aus dem Ulcus ein Karzinom sich entwickelte, welches die Amputation einer Extremität zur Notwendigkeit machte.

Über einen Fall von Karzinom der Haut, das auf dem Boden eines Rönt-

Digitized by Google

genulcus entstanden ist, berichtet auch Dr. Sick (Hamburg).

Von Februar 1902 bis Januar 1903 hat Dr. Coley 75 Fälle von malignen Tumoren mit X-Strahlen behandelt. Seine Resultate sind: Die X-Strahlen haben ohne Zweifel eine beschränkende Wirkung auf das Wachstum maligner Geschwülste. Aber je nach dem Charakter derselben, insbesondere nach ihrem Aufbau, ist dieser Einfluss ein verschiedener. Die erste Stelle nehmen Lymphosarkome ein, dann kommen die flachen Hautepitheliome, dann einige Fälle Carcinoma mammae recidivum. In allen diesen Fällen trat ein völliges Verschwinden der Tumoren ein. Dann kommen Fälle, wo sich die Tumoren sichtlich verkleinern, aber die verflossene Zeit ist noch zu kurz, um von Dauererfolgen zu reden. Im allgemeinen muss man daran festhalten, operable Tumoren zu entfernen, ohne auch nur einen Tag zu verlieren. Rezidive und unoperable Tumoren werden die Domäne für die Röntgentherapie darstellen.

Dr. Sequeira weist darauf hin, dass nach seinen sich auf 80 Fälle erstreckenden Erfahrungen über die Röntgenstrahlenbehandlung des Hautkrebses bei Anfangsstadien die Exzision die beste Behandlung wäre. 44 seiner Fälle wurden geheilt, die anderen stehen noch unter Behandlung. Der Einfluss der X-Strahlen scheint ihm ein doppelter zu sein, nämlich einmal destruktiver Art auf die Epithelzellen, ausserdem aber auch ein anregender auf die Bildung des Bindegewebes und das Wachstum der Rundzellen. Bei Lupus vulgaris ist eine sehr ausgebreitete Erkrankung und das Vorhandensein von Geschwüren Indikation für die Röntgenbehandlung.

Auch Prof. Lassar (Berlin) versuchte, mit Hilfe der Röntgenstrahlen die Kankroide der Haut therapeutisch zu beeinflussen. Er verwandte mittelharte Röhren, die Funkeninduktionsspannung überstieg nicht 50 cm; die Dauer der Sitzungen schwankte zwischen 5 und 15 Minuten und dieselben wurden jeden ersten bis zweiten Tag, bisweilen auch mit grösseren Zwischenräumen wiederholt. Die Heilresultate, die auf diesem Wege erzielt wurden, sind zum Teil ganz ausgezeichnete und überraschende. Aber auch geringe Erfolge und selbst Misserfolge blieben nicht aus. Folgende Fälle erwähnt Lassar: 1. Ein geheiltes Karzinom der Unterlippe. 2. Ein geheiltes Kankroid am linken Augenwinkel. 3. Ein junger Mann mit Kankroid der Lippe, der seit Juli behandelt und jetzt geheilt ist. 4. Ein alter Herr, der seit sieben Jahren ein Kankroid an der rechten Stirnseite hat, das mehrfach exstirpiert, aber immer wieder rezidiviert ist, nach Röntgenbehandlung aber völlig vernarbte. Sehr wichtig und interessant ist ein Fall von Mammakarzinom. Es handelt sich um ein Rezidiv, das v. Bergmann für inoperabel erklärt hat. Hier ist durch die Röntgenbestrahlung eine Heilung der Ulzerationen und ein Rückgang mehrerer Knoten erzielt worden. Zum Schluss betont er, dass es sich hier nur um die allerersten Versuche einer Behandlungsmethode handelt, über deren endgültigen kurativen Nutzen und Vorzüge vor anderen therapeutischen Massnahmen natürlich erst eine viel grössere Zahl von Beobachtungen Aufschluss geben kann.

Prof. Lesser (Berlin) hat fünf Kankroide mit Röntgenstrahlen behandelt, wovon vier geheilt und eines gebessert sind. Ein Zweifel kann darüber nicht mehr bestehen, dass Kankroide durch Röntgenstrahlen geheilt werden können. Man darf aber auch nicht vergessen, dass eine Reihe anderer Methoden zu gleich günstigen Resultaten führen. Übrigens sah Lesser auch, dass eigentliche Karzinome entschieden günstig beeinflusst werden. Unter welchen Umständen die Röntgenstrahlen Karzinome beseitigen, unter welchen nicht, entzieht sich zur Zeit noch unserer Kenntnis.

Ein inoperables Karzinom der linken Mamma mit lentikulären Metastasen in der Haut wurde von Dr. Kronfeld (Wien) durch Röntgenbehandlung dauernd geheilt.

In der Académie des sciences liess Prof. Finsen seine Resultate der Lichtbehandlung beim Lupus durch Prof. Lannelongue kundgeben. Finsen erklärt in erster Linie, dass seit der Einführung der Phototherapie keine Form der Tuberkulose so sehr der Heilung

Digitized by Google

zugänglich ist, wie der Lupus. An seinem Institut zu Kopenhagen wurden vom November 1895 bis 1. Januar 1902 im ganzen 804 Fälle aufgenommen. Am 1. Oktober 1902 waren geheilt 412, wovon 124 nach 2—6 Jahren ohne Rezidiv, 288 mit einer Beobachtungszeit unter 2 Jahren; 192 waren beinahe geheilt (geringe Reste noch vorhanden), das würden 94% aller Fälle sein, welche günstig beeinflusst wurden. Aber Finsen fügt hinzu, dass dabei die schlechtesten Fälle inbegriffen und unter den Kranken solche sind, bei welchen der Lupus 30—50 Jahre zurückdatierte. Für die frischen Fälle sind die Resultate derartige, dass man von ganz bösartigen Fällen abgesehen, stets auf Heilung rechnen kann, und Finsen glaubt, die inveterierten Fälle dürften aus Dänemark verschwinden, da jetzt alle Fälle von Lupus frühzeitig erkannt und behandelt würden. Sehr wichtig ist die Technik der Phototherapie: seitdem man Lampen von 60—80 MA (früher 40) anwendet, bedarf die Heilung nur dreimal so kurze Zeit. Man muss von Anfang an diese Stärke, desgleichen lange Sitzungen anwenden. Grosser Nachdruck ist darauf zu legen, dass man in grosser Anzahl Strahlen erhält, welche tief in die Gewebe eindringen (konzentriertes Licht), worüber Finsen entsprechende Versuche, welche die grossen Verschiedenheiten lehren, anstellte. Die Apparate mit Eisenelektroden, welche eine grosse Anzahl ultravioletter Strahlen erzeugen, geben keine penetrierenden Strahlen und sind daher zur Lupusbehandlung ungeeignet. Schliesslich hebt Finsen die absolute Notwendigkeit hervor, dass der Arzt die Behandlung selbst überwacht und die grösste Sorgfalt auf Beschaffenheit der Lampen und Apparate verwendet.

Dr. Schmidt teilt seine Erfahrungen mit, die er mit der Finsenschen Lichtbehandlung und mit dem Röntgenverfahren an der Universitätspoliklinik für Hautkrankheiten in Berlin gemacht hat. Die Finsenbehandlung hat sich im wesentlichen beim Lupus vulgaris bewährt. Beim Lupus erythematoides, bei Alopecia areata sind die Resultate sehr zweifelhaft. Bei Kankroid ist die Behandlung nicht empfehlenswert. Ein besonderer Vorzug der Finsenbehandlung bei Lupus vulgaris ist ihre elektive Wirkung, das Ausbleiben eigentlicher Narbenbildung; es entsteht höchstens eine geringe Atrophie. Bei stark infiltrierten und tiefen Fällen empfiehlt Schmidt eine Vorbehandlung mit 10%iger Pyrogallussalbe, dagegen empfiehlt sich hierfür nicht die Heissluftkauterisation; Rezidive nach dieser Methode sind sehr resistent gegen Lichtbehandlung. Bisher ist nur die Behandlung mit starkem Licht mit dem eigentlichen Finsenapparat erfolgreich gewesen. Ersatzinstrumente, welche besonders eine Verkürzung und Verbilligung der Behandlung bezweckten, haben sich nicht bewährt, das Eisenlicht speziell, auf das wegen seines Reichtums an ultravioletten Strahlen so grosse Hoffnungen gesetzt wurden, wirkt zu oberflächlich. Für die Behandlung mit Röntgenstrahlen eignen sich Favus, Sycosis, Hypertrichosis. Die Behandlung muss sehr vorsichtig gehandhabt werden, stärkere Reaktionen sind zu vermeiden.

Von den mannigfachen mit Röntgenstrahlen behandelten Dermatosen verdient nach Dr. Scholz das grösste Interesse der Lupus vulgaris, und in der Tat lässt sich gerade in den schweren Fällen durch energische zur Verschorfung des Gewebes führende Röntgenbestrahlung eine völlige Ausheilung oder wenigstens eine bedeutende Besserung erzielen. Sehr wirksam ist die Röntgenbehandlung auch bei Favus, Trichophytie, Folliculitis und Sycosis. Freilich genügt bei Favus und Sycosis die Röntgenbestrahlung allein nicht zur Ausheilung dieser Affektionen, sondern es ist stets eine lange und energische Nachbehandlung nötig, eventuell muss die Enthaarung durch Röntgenbestrahlung wiederholt vorgenommen werden. Bei hartnäckigem chronischen Ekzem genügen oft schwache Röntgenbestrahlungen, um den Juckreiz zu beseitigen oder wenigstens bedeutend zu lindern. Bei Akne und Psoriasis ist die Röntgentherapie, trotzdem in manchen Fällen eine Besserung zu erzielen ist, wegen der sehr schnell eintretenden Rezidive nicht zu empfehlen.

Zur Heilung des chronischen Pharynxkatarrhs und anderer Pharynxpro-

Digitized by Google

zesse bedient sich Dr. Strebel des Lichtes. Er lässt kaltes Licht direkt auf den Rachen einwirken und erzeugt dadurch lokale Lichtreaktion: Hyperämie, Entzündung und selbst leichte Verschorfung der Pharynxschleimhaut, wodurch selbst ausgedehnte Granulationen vollständig beseitigt werden. Strebel hat hierzu eine elektrische Bogenlampe konstruiert, welche mit Wasserkühlung versehen ist und durch einen Hohlspiegel aus Magnaliummetall reflektiertes oder mittelst Quarzlinse direkt konzentriertes Licht auf die zu bestrahlenden Stellen der Rachenschleimhaut wirft. Auf Granulationen wird zuerst nach erfolgter Kokainisierung ein kleines Quarzkompressorium aufgesetzt, um das Blut wegzudrücken, wonach speziell die blauen, violetten und ultravioletten, also die chemisch wirksamen Strahlen tiefer in das Gewebe eindringen können. Auf stark belichteten Stellen zeigt sich dann ein graugelblichbrauner Belag, ähnlich einer Escharabildung. Die Dauer der einzelnen Sitzung schwankt zwischen 1 und 6 Minuten bei Kompression und 2—10 Minuten ohne solche. Man muss im Anfange vorsichtig sein und nur kleine Stellen behandeln, gesunde, wie Uvula, Zungenrücken etc. sorgfältig vermeiden. Das kalte Licht erzeugt aber keine Verbrennung, keine Eiterung, keine Narbenbildung, sondern nur oberflächliche Epithelabstossung mit lebhafter Proliferation und neuer Anbildung der Deckschichten. Auch andere Affektionen, wie Leukoplakie der Wangenschleimhaut und insbesondere Alveolarpyorrhöe hat Strebel mit kaltem Lichte mit ausgezeichnetem Erfolge behandelt. Den Nasenrachenraum kann Strebel mit kaltem Lichte bestrahlen (Brechung durch Quarzprismen), dagegen sind die Versuche, das Licht auch in den Larynx zu bringen, bisher von keinem Erfolge begleitet gewesen.

Für Leute, deren Haut durch Kleidung verweichlicht ist, ist nach Dr. Singer (Wien) das beste Abhärtungsmittel das Luftbad. Die wichtigsten Eigenschaften der Haut, Ausdünstung und Ausstrahlung geschehen am besten im Luftbad. Ein Luftbad abends genommen, ist das beste Schlafmittel. 1. Die Ausstrahlung reguliert die Wärmeabgabe der Haut; durch die Ausdünstung werden die flüchtigen Autotoxine eliminiert. Das Sonnenbad ist ein halb natürliches, halb künstliches physiologisches Fieber ohne subjektive Symptome. 2. Je weniger die Haut eines Kranken durch das Sonnenbad gebräunt wird, desto ungünstiger ist die Prognose. Die chemischen Strahlen werden in der Haut und deren Blutgefässen absorbiert. Die strahlende Wärme erzeugt schneller Schweiss, als die geleitete und strengt das Herz nicht an. Die chemischen Strahlen vermehren den Stoffwechsel allgemein und lokal. Die bakterizide Kraft der Sonnenstrahlen erklärt den therapeutischen Wert. Die Verbindung von Sonnen- und Luftbad erleichtert die Verdunstung des Schweisses und wirkt kräftigend auf den Organismus. Die Erfolge der Lichtluftbäder sind beobachtet worden bei Krankheiten der Konstitution, des Blutes, bei Skrofulose, Tuberkulose, bei Krankheiten des Herzens und der Blutzirkulation, der Haut und des Nervensystems, insbesondere auch bei der Neurasthenie. Gegenindikationen sind: Herzschwäche bei Schwitzkuren, schlechte Schwitzneigung und Gehirnhyperämie.

Über Pocken- und Erysipelbehandlung mit Ausschluss der chemischen Strahlen des Tageslichtes berichtet Prof. Finsen (Kopenhagen). Die beobachteten Pockenfälle zeigten in ihrer Mehrzahl eine deutliche Beeinflussung und fordern entschieden zu weiteren Versuchen dieser Methode auf. Finsen empfiehlt, sobald die Diagnose Pocken gestellt ist, dafür Sorge zu tragen, dass auf die eine oder andere Weise die Fenster des Krankenzimmers zugehängt werden und Stearinlicht oder eine Petroleumlampe — in beiden Lichtarten finden sich nur wenig chemische Strahlen — angezündet wird. Weniger sicher waren die Resultate bei sieben Fällen von Erysipel, die mit rotem Licht behandelt wurden und kein deutliches Bild einer Lichteinwirkung gaben; nichtsdestoweniger sind die durchaus harmlosen Versuche gegen akute exanthematische Affektionen fortzusetzen.

Dr. Krause hat an der Klinik des Professor v. Strümpell in Breslau 20 Erysipelkranke mit rotem

Digitized by Google

Licht behandelt, doch konnte er nicht beobachten, dass die so behandelten Fälle einen günstigeren Krankheitsverlauf gezeigt hätten, als die auf andere Weise behandelten.

Das nötige Mass von Schutz bei der Röntgenbestrahlung gewährt nur das Blei, da die anderen Stoffe, wie Aluminiumblech, Staniol, Messing etc. erst bei einer bedeutenden Schichtdicke einen gleichen Resorptionskoeffizienten erreichen. Die bei der Verwendung nächstliegende Forderung der Plastizität erfüllt zwar das Bleiblech in hervorragendem Masse, hingegen wird das anfangs glatte und plastische Stück schon nach kurzem Gebrauche ganz verknittert, die Knickungen führen zu Brüchen, durch Oxydation wird es schwarz und bekommt ein unappetitliches Aussehen. Nach mancherlei Versuchen ist es Dr. Holzknecht und Dr. Grünfeld (Wien) gelungen, eine geeignete Anordnung zu treffen, welche den geschilderten Übelständen in relativ einfacher Weise abhilft. Dies geschieht durch beiderseitiges Überziehen des Bleibleches mit dünnen Kautschuklamellen. Ein eigenes Verfahren ermöglicht es, den Kautschuk am Blei zum Haften zu bringen und bei der nachträglichen Vulkanisation die Oxydation des Bleies zu verhindern. Das so zubereitete Material zeigt die dem Bleiblech anhaftende Plastizität, welche es gestattet, mit ihm alle Krümmungen, Kanten und Ecken des Körpers zu folgen, es knittert nicht, weil die Elastizität des Kautschuk es nicht gestattet, es färbt nicht ab, kann gewaschen und auf jede beliebige Art sterilisiert werden. Man verwendet es am besten in Stücken von $^1/_6$ qm, also 33×50, deren kurze Seiten halbkreisförmige Ausschnitte tragen. Bei 1200 Bestrahlungen hat sich dieses Material nach jeder Richtung bewährt.

Eine zusammenfassende Darstellung der Untersuchungstechnik, wie sie Dr. Albers-Schönberg (Hamburg) in seinem Röntgeninstitut ausübt, enthält das von demselben erschienene Werk: „Die Röntgentechnik". Das Buch zerfällt in einen technischen und einen medizinischen Teil. Ersterer umfasst sechs Kapitel, in denen der Unterbrecher, Röhren, Bleiblendenapparate, Laboratoriumseinrichtung, Dunkelkammer und Schutzvorrichtungen beschrieben werden. Der zweite Teil enthält die spezielle Technik bei der Untersuchung der einzelnen Körperteile, wobei hauptsächlich das topographisch-anatomische Moment bei der Einteilung massgebend gewesen ist.

In seinem Werke: „Grundriss der gesamten Radiumtherapie für praktische Ärzte" hat Dr. Freund (Wien) den Versuch unternommen, alle ins Gebiet der Lichttherapie einschlägigen Behandlungsmethoden, ihre Technik, Indikationen und bisherigen Resultate für Ärzte in verständlicher Weise darzustellen. Es handelt sich hierbei vorwiegend um die Behandlung mit Hochfrequenz-Strömen, mit Röntgenstrahlen und mit Wärme- und Lichtstrahlen (Photographie). Anhangsweise sind auch die Becquerelstrahlen und die sogenannte Permeabelelektrizität (System E. K. Müller) berücksichtigt.

Dr. Jensen über die physiologischen Wirkungen des Lichts auf der Naturforscherversammlung zu Kassel (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 43). — Prof. Rieder über bisherige Erfolge der Lichttherapie ebendaselbst (Ebendaselbst). — Über Radiotherapie und Phototherapie von Dr. Freund (Ther. Monatsh. 12. H.). — Dr. Levy-Dorn über die Indikationen für das Röntgenverfahren in der Praxis in der Berliner medizinischen Gesellschaft (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 11). — Dr. Perthes, Prof. Lassar und Dr. Kümmell über den Einfluss von Röntgenstrahlen auf epitheliale Gewebe, insbesondere auf das Karzinom auf dem deutschen Chirurgenkongresse (Münch. med. Wochenschr. Nr. 24). — Dr. Sick über Karzinom der Haut, das auf dem Boden eines Röntgenulcus entstanden ist, im ärztlichen Verein zu Hamburg (Münch. med. Wochenschr. Nr. 33). — Über die Behandlung maligner Tumoren mit X-Strahlen von Dr. Coley (Brit. med. Journ. — Med. Blätter Nr. 19). — Die Röntgenstrahlenbehandlung des Hautkrebses von Dr. Sequeira (Ther. Monatsh. 12. H.). — Prof. Lassar und Prof. Lesser über die Behandlung der Hautkankroide mit Röntgenstrahlen in der Berliner medizinischen Gesellschaft (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 44). — Dr. Kronfeld über mit Röntgenstrahlen dauernd geheilten Fall von Brustdrüsenkrebs auf der Naturforscherversammlung zu Kassel (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 40). — Prof. Lannelongue über Finsens Resultate der Lichtbehandlung und deren Anwendungsweise beim Lupus in der Académie des sciences zu Paris (Münch. med. Wochenschr. Nr. 31). — Über Finsensche Lichtbehandlung von Dr. Schmidt (Zeitschr. f. diät. u phys. Ther. 7. H. — Ther. d. Gegenw. 9. H.). — Über den Einfluss der Röntgenstrahlen auf die Haut in gesundem und krankem Zustand von Dr. Scholz (Arch. f. Dermat. u. Syph. 59. Bd. 3. H. — Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 7. Bd. 6. H.). — Die Verwendung des Lichtes zur Heilung des chro-

Digitized by Google

nischen Pharynxkatarrhs und anderer Pharynxprozesse von Dr. Strebel (Fränkels Arch. f. Laryng. 14. Bd. 1. H. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 9. H.). — Dr. Singer über den Einfluss von Sonnen- und Luftbädern auf den menschlichen Körper auf dem internationalen medizinischen Kongresse zu Madrid (Prag. med. Wochenschr. Nr. 47). — Mitteilungen mit Finsens Medicinske Lysinstitut von Prof Finsen. Leipzig, Verlag von Vogel, (Zeitschrift f. diät. u. phys. Ther. 7. Bd. 5. H.). — Beiträge zur Lichttherapie nach eigenen Versuchen von Dr. Krause (Ther. d. Gegenw. 12. H.). — Ein neues Material zum Schutz der gesunden Haut gegen Röntgenlicht und über radiologische Schutzmassnahmen im allgemeinen von DDr. Holzknecht und Grünfeld (Münch. med. Wochenschr. Nr. 28. Med. Blätter Nr. 31). — Die Röntgentechnik von Dr. Albers-Schönberg. Hamburg, Verlag von L. Gräfe & Sillem. — Grundriss der gesamten Radiotherapie von Dr. Freund (Berlin und Wien, Urban u. Schwarzenberg).

Lumbalpunktion. Nach gründlichster Feststellung der Kreuzbeintopographie und zahlreichen an Hunden angestellten Versuchen über die Absorptionsverhältnisse im Gehirn, Bulbus und Rückenmark hat Dr. Cathelin (Paris) an Prof. Guyons Klinik den epiduralen Raum als den einzigen Weg erkannt, der infolge seines Reichtums an Venengeflechten die günstigsten Resorptionsverhältnisse darbietet und den eingebrachten medikamentösen Substanzen gegenüber die grösste Toleranz bekundet. Da das fettige Zellgewebe des Sakralkanals, in welchem sich sakralcoccygeale Wurzeln, das Filum und Venen befinden, mit dem epiduralen Raume in Verbindung steht, wie die mit farbigen Lösungen ausgeführten Injektionen an der Leiche und am Tiere bewiesen, so schien die untere, durch die doppelte, hintere und untere Sakralmembran geschlossene Kreuzbeinlücke bei ihrer oberflächlichen Lage als die geeignetste Punktionsstelle des Rückgratkanals. Nach mehr als 1000 Sakralpunktionen vermag Cathelin die Technik des Einstiches als leicht ausführbar und die Methode sowohl beim Kinde als beim Erwachsenen für absolut schmerzlos und gleichzeitig ungefährlich hinzustellen, da bei derselben sowohl das Rückenmark als auch die Meningen völlig geschützt erscheinen. Beim Eingriff erweist sich am geeignetsten die Simssche Seitenlage. Die Unterschenkel sind an die Oberschenkel und diese an den Bauch gezogen. So wird die Einstichstelle, nämlich die Membran des Sakralkanaleingangs, ad maximum gespannt. Als Orientierungspunkte für die Punktionsstelle dienen die meist sicht- und fühlbaren fünften, oberhalb der Ecken des Kreuzbeines gelegenen Sakralvorsprünge. Inkonstant ist ein dritter Kennpunkt zwischen und über den beiden anderen, es ist der Höhepunkt des letzten dornigen Sakralfortsatzes, das Ende des Rückgrates; er kann zweispaltig oder platt sein oder hervorspringen, er kann auch fehlen. Durch drei Linien vereint bilden diese drei Tuberositäten die drei Winkel des sakralen, 1 cm breiten und 2 cm hohen Dreiecks, das die hintere und untere Öffnung des Kanals gibt. Der tastende Finger findet leicht die dreieckige Vertiefung, der richtige Einstichpunkt hat unter der Fingerkuppe zu liegen, die von oben herab gleitend das Sakraldreieck sucht und fixiert. Nach dem Einstechen in einen Winkel von 20° über der Horizontalen, wobei man das Gefühl hat, das Ligament perforiert zu haben, wird der Pavillon gesenkt und die Nadel gerade vorgestossen, es liegen nun 4—5 cm Nadel im Sakralkanal. Das Fehlen eines subkutanen Ödems bei der Injektion und das Vorspringens der Nadel beim Verlassen des Ligaments beweisen mit Sicherheit, dass man sich im Sakralkanal und nicht anderswo befunden hat. Die von Cathelin vorgeschlagenen Stichnadeln empfiehlt Strauss, der die Übertragung Cathelins Monographie ins Deutsche besorgte, durch 6 cm lange Platiniridiumnadeln zu ersetzen, die mit einem Umfange von 1 mm auch nach häufigstem Ausglühen weder dem Bruche ausgesetzt sind noch rauh werden. Als anästhesierende Injektionsflüssigkeit benützt Cathelin in jüngster Zeit, nachdem er von Kokain gänzlich abgekommen ist, ausschliesslich die physiologische Kochsalzlösung. Strauss setzt an die Stelle derselben eine 0,2% ige Natr. chlor. Solution mit einem Zusatz von 0,01 Kokain und 2 Tropfen 5%ige Karbolsäure, die er für die geeignetste epidurale Injektionslösung hält. Kranke, welche auf die physiologische Kochsalzlösung heftig reagierten, vertrugen anstandslos die angegebene Mischung und

Digitized by Google

erhoben sich sofort, leicht und frei nach der Injektion. Über die Verwertung anderweitiger Medikamente liegen bisher keine abgeschlossenen Versuche vor, solche sind in der Abteilung Brissauds im Gange. Die Hauptvorteile, welche diese medikamentösen Injektionen in dem Epiduralraum sichern, wie: rasche und vollständige Durchflutung des Epiduralraums, günstige Druckbedingungen für eine schnelle Penetration in die Venen, sowie die Ausübung eines wirksamen Shocks auf die Nervenwurzeln, eröffnen eine weitreichende therapeutische Perspektive. So scheint hiermit ein Weg gegeben zu sein, um bei Syphilis, namentlich in schweren Fällen und bei cerebraler oder medullärer Form, lösliche Hg-Präparate zu applizieren. Brom, Jod u. a. fänden bei Epilepsie ihre Anzeige, Chloral bei Tetanus, künstliche Sera bei Meningitis und Urämie etc. Die klinischen Resultate der epiduralen Methode beziehen sich vorläufig auf die Anästhesierung bei Operationen, auf Erzielung von Analgesie bei Ischias, Neuralgie, tabischer Visceralgie und Bleikolik. Das grösste Wirkungsfeld des Verfahrens scheint indes in den Erkrankungen der Harnorgane gegeben zu sein. Cathelins Versuchsserien lassen in der epiduralen Einverleibung der Kochsalzlösung (in der Dosis von 5—20 ccm) ein ausgezeichnetes Mittel bei nächtlicher Inkontinenz der Kinder, Inkontinenz der Erwachsenen nervösen Ursprungs, bei Spermatorrhöe, Impotenz (?) und der ganzen Kategorie der „falsch Urinierenden" erblicken.

Die epiduralen Injektionen durch Punktion des Sakralkanals und ihre Anwendung bei den Erkrankungen der Harnwege von Dr. Cathelin. Übersetzt von Dr. Strauss. Stuttgart, Enkes Verlag. (Med. Blätter Nr. 19).

Lungenchirurgie. Die Lungenkrankheiten, welche bis jetzt operativem Vorgehen zugänglich gemacht worden sind, zeigen nach Prof. Treupel entweder unbestrittenen Erfolg der Operation oder schwankende Resultate. In die erste Gruppe gehören der Lungenechinococcus (90 % Heilungen), Lungenabszess (80 % Heilungen), Lungengangrän (70 % Heilungen), dann folgen in der zweiten Bronchiektasien, endlich zum Schlusse Lungentuberkulose, Aktinomykose. Der Echinococcus bietet schon deshalb die günstigsten Chancen, weil er, ohne das übrige Lungengewebe in Mitleidenschaft zu ziehen, strenge lokalisiert auftritt. Ist die Diagnose festgestellt, dann kommt nur operatives Vorgehen, nämlich Rippenresektion und Pneumonie in Frage. Viel schwieriger liegt die Sache bei den mit Höhlenbildung einhergehenden Lungenerkrankungen, Lungenabszess, Lungengangrän, bronchiektatischen und tuberkulösen Kavernen, wo vor allem die Schwierigkeit in der genauen Lokalisation der Erkrankung gelegen ist, ganz abgesehen davon, dass sicherer Nachweis einer Höhle bei weitem nicht so leicht ist, als es von vornherein scheint. Es werden selbstverständlich Perkussion, Auskultation und Röntgenuntersuchungen verwertet werden müssen, um den Eingriffspunkt zu bestimmen. Die einzigen sicheren Höhlensymptome sind der Wintrichsche und Gerhardtsche Schallwechsel, das metamorphosierende Atmen und das ständige Vorhandensein grossblasiger, metallisch klingender Rasselgeräusche im Bereiche der Oberlappen. Endlich ist durch mikroskopische Untersuchungen die Art der Höhlenbildung, ferner durch Röntgenuntersuchungen ihre genaue Lokalisation zu entscheiden. Sehr schwierig ist häufig die Beantwortung der Frage, ob eine oder viele Höhlen vorhanden sind, da die Aussichten auf den Erfolg um so grösser werden, wenn nur eine genaue lokalisierte Höhle vorhanden ist. Multiple Höhlen können dann angenommen werden, wenn Höhlensymptome an verschiedenen voneinander getrennten Stellen auftreten oder verschiedene metamorphosierende Atmungsgeräusche in benachbarten Stellen dauernd gehört werden. In der Mehrzahl aller Fälle findet man bereits Verwachsungen der Pleurablätter, so dass ein etwaiger Pneumothorax nicht zu erwarten ist. Auch bei nicht verwachsenem Pleuraraume soll möglichst einzeitig operiert werden, da der Pneumothorax nicht zu fürchten ist. Jedenfalls müssen ausgedehnte Rippenresektionen vorgenommen werden, um der späteren Verkleinerung und Vernarbung zu Hilfe zu kommen. Die günstigste Prognose

Digitized by Google

bieten die akuten einfachen und die akut umschriebenen putriden Abszesse. Von den chronischen sind die Fremdkörperabszesse für die Operation am geeignetsten. Frische Abszesse sollen sofort und breit eröffnet werden. Fremdkörperabszesse verlangen jedenfalls frühzeitiges Eingreifen. Auch die Lungengangrän bietet strenge Indikation zur Operation. Schwieriger liegen die Verhältnisse bei bronchiektatischen Kavernen, deren Operation dann geboten ist, wenn die Höhlen nicht multipel über die Lungen verstreut sind und der Kräftezustand des Kranken es gestattet. Die Indikationen bezüglich der Behandlung tuberkulöser Kavernen sind dann gegeben, wenn eine grössere Kaverne stationär bleibt, oder durch Sekretstauung und Zersetzung allgemeine Sepsis droht. Ferner berechtigt die Tatsache, dass grössere Kavernen früher oder später dennoch fortschreiten, dazu, durch Operation die Entleerung und Schrumpfung derselben zu befördern. Bei Tumoren käme natürlich nur die Exstirpation eines ganzen Lungenlappens in Erwägung, welche nach neueren Erfahrungen mit Erfolg ausgeführt werden könnte.

Der Lungenabszess entsteht nach Dr. Karewski im Anschluss an Pneumonie, und zwar recht selten, an Influenza und infolge von Fremdkörpern in der Lunge. Der Fremdkörperabszess bietet die ungünstigste Prognose, weil es nur selten gelingt, den Fremdkörper zu entfernen. Eine Anzahl Abszesse kommt spontan zur Heilung, jedoch ist das immer als ein glücklicher Zufall zu betrachten. Als ein charakteristisches Symptom für Eiterretention in einem Lungenabszess schildert Karewski das Auftreten von gelenkrheumatismusartigen Erscheinungen. Karewski hält die Operation für indiziert, wenn nicht sehr bald die Spontanöffnung des Abszesses mit Nachlassen der Erscheinungen eintritt. Er rät auf jeden Fall frühzeitig zur Operation, es ist nicht indiziert, längere Zeit auf Spontanheilung zu warten. Nicht einmal das Fehlen von Pleuraverwachsungen ist eine Kontraindikation. Er erzielt Verschluss der Pleurahöhle nach einer zusammen mit Unger ausgearbeiteten Methode, der Lungen-Pleura-Naht mit Terpentin-Seide. Er berichtet dann über seine Dauerresultate, unter denen vier Fälle schon seit fünf Jahren gesunden sind. Unter seinen Fällen befindet sich keiner, der später als sechs Monate nach dem Auftreten der Erscheinungen operiert worden ist.

Hinsichtlich des Verhaltens gegenüber den durch die Handfeuerwaffen des Friedens beigebrachten Brustschüssen mit Blut-Lufterguss stellt Prof. König (Berlin) folgende Grundsätze auf: 1. Es kann nur ausnahmsweise gestattet sein, bei schwerer Lungenverletzung mit Blutung in den Thorax bereits kurze Zeit nach der Verletzung einen chirurgischen Eingriff vorzunehmen. (Verdacht von Wandungsblutung, Mammaria etc.) 2. Wenn sich am zweiten oder dritten Tage nach dem Schuss die Erscheinungen (Atemnot, grosse Pulsfrequenz, Temperaturerhöhung) steigern, so muss die Eröffnung der Pleura durch Thorakotomie gemacht werden. 3. Eintretende Fiebersteigerungen mit Erschwerung der Respiration erheischen auch in der Folgezeit die Operation. Es handelt sich wohl öfters um eine Pneumokokkeninfektion von den Bronchien aus. 4. Die Thorakotomie ist auch zweckmässig, ohne dass schwere Erscheinungen dazu zwingen, wenn sie bei vorhandenem Hämothorax am zweiten oder dritten Tage nach der Verletzung oder auch später vorgenommen wird. Sie behütet den Verletzten unter Umständen vor der Infektion des Ergusses von der Lunge aus und sie beschleunigt die Heilung. Aber die Operation muss streng aseptisch gemacht werden, damit der Verletzte nicht ein Empyem gegen seinen Bluterguss eintauscht. 5. Dauert die Resorption des Ergusses Monate, so kann man öfters durch Punktion des Ergusses den Prozess zu beschleunigter Heilung bringen. Nur wenn solche Operation vergeblich versucht ist, wäre zu einer Schnittoperation zu raten.

Über die operative Behandlung gewisser Lungenkrankheiten und ihre Indikationen von Prof. Treupel (Berl. Klinik Nr. 176. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 4. H.). — Dr. Karewski über die chirurgische Behandlung der Lungenabszesse, insbesondere deren Dauerresultate im Verein für innere Medizin zu Berlin (Med Woche Nr. 21.) — Aphoristische Bemerkungen zum Verlauf und der Behandlung der Friedensschussverletzungen der

Digitized by Google

Lunge von Prof. König (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 32).

Lupus. Prof. Finsen veröffentlicht in einer kleinen Monographie eine Statistik über die 804 Patienten, mit Lupus vulgaris, welche vom November 1895 bis Januar 1902 im Finseninstitut behandelt wurden. Sie ergibt folgende Zahlen: I. Geheilt wurden 412. a) Rizidivfrei in 2—6 Jahren blieben 124. b) Observationszeit unter 2 Jahren 288. II. Annähernd geheilt wurden, d. h. nur unbedeutende Reste der Krankheit blieben übrig in 192 Fällen. III. Unter Behandlung stehen 117. a) Wesentlich in Besserung, oder teilweise geheilt 91. b) Von der Behandlung wenig oder vorübergehend beeinflusst 26. IV. Unterbrochen wurde die Behandlung in 83 Fällen. a) Nicht zufriedenstellendes Resultat in 16 Fällen. b) Gestorben (31) oder an anderen schweren Krankheiten leidend (13) 44. c) Äusserer Umstände wegen 23.

In der Gesellschaft der Charité Ärzte in Berlin berichtete Prof. Lesser über die Erfolge der Lichtbehandlung des Lupus in dem der Klinik für Hautkrankheiten angegliederten Finseninstitut der Charité. Die Erklärung der Heilwirkung des Lichtes ist zu suchen einmal in der gewebsschädigenden Eigenschaft besonders der ultravioletten Strahlen, deren eklektische Fähigkeit, besonders das hinfällige lupöse Gewebe zu zerstören und das gesunde nicht wesentlich zu schädigen, durch geeignete Methodik ausgenutzt wird; andererseits werden durch die Bestrahlung, wie unter anderem die Versuche Nagelschmidts gezeigt haben, die Tuberkelbazillen innerhalb des Gewebes getötet. Die Dauererfolge scheinen den durch Totalexstirpation erhaltenen nicht nachzustehen und übertreffen sie in kosmetischer Hinsicht; auch sind etwa rezidivierende Knötchen durch Wiederaufnahme der Behandlung leicht zu beseitigen. Die völlig unbehandelten Fälle sind die geeignetsten, dagegen sind ungeeignet die Fälle, die eingreifende Behandlungen durchgemacht haben, wo feste Narben mit lupösen Infiltrationen in der Tiefe zurückgeblieben sind. Ebenso wenig sind die lupösen Infiltrationen der Schleimhäute der Nase und des Gaumens der Lichtbehandlung zugänglich. Weitere Schwierigkeiten sind die lange Zeitdauer und die Kostspieligkeit der Behandlung, die zu der Errichtung von Heilstätten auffordern.

Die Wirksamkeit des Eisenlichtes auf die Haut, speziell auf die lupöse Erkrankung derselben, hat Dr. Kromayer (Halle) in einer umfangreichen Untersuchungsserie erprobt und gelangt hierbei zur Anschauung, dass der Einfluss dieses mächtigen Agens sich prinzipiell nicht von dem des Kohlenlichtes unterscheidet. Um das Eisenlicht therapeutisch brauchbar zu machen, sei es nötig, den Reichtum seiner kurzwelligen, ultravioletten Strahlen zu vermindern. Dies konnte Kromayer durch Filtration des Lichts durch Farblösungen erreichen, doch glaubt er, dass das erzielte „blaue Eisenlicht" nur eine Etappe weiterer Verbesserungen der Lichtbehandlung darstellen wird. Von sieben Fällen, deren Krankengeschichte mitgeteilt ist, ergab sich in einem Falle absolut negatives Resultat; es handelte sich um einen sehr rasch fortschreitenden Lupus, der wegen unregelmässigen Erscheinens des Patienten, nicht systematisch exponiert werden konnte. Bei vier Fällen wurde eine deutliche Besserung erreicht, die indessen nicht zur Heilung führte, obgleich intensiv und lange belichtet wurde; während für den Rest über das Heilergebnis nicht geurteilt werden kann, da die Behandlung äusserer Umstände halber frühzeitig abgebrochen werden musste. Der beste Erfolg war noch in einem Falle von Lupus hypertrophicus eingetreten, dessen gefässreiches Granulationsgewebe aber von Haus aus die beste Tendenz zur Einschmelzung und Umwandlung in junges, fibrilläres Bindegewebe aufzuweisen hat. In Übereinstimmung mit Finsens jetziger Anschauung, nimmt Kromayer an, dass der wesentliche Heilfaktor des Lichtes in der eigenartigen stimulierenden Wirkung desselben auf lebendes Gewebe beruht, eine Wirkung, die für uns sichtbar als leichte Entzündung oder als Erythem in die Erscheinung tritt. Bei bisher fehlendem anderen Massstabe muss daher vor der Hand das Erythem als Indikator dafür gelten, dass die Wirkung des Lichtes auf

Digitized by Google

das Gewebe einen genügenden Grad erreicht hat. Diesbezüglich liess sich für das reine Eisenlicht feststellen, dass mit der Höhe der Ampèrezahl, mit der die Eisenlampe brannte, diese Zeitdauer sich verringerte, dass also die chemische Intensität des Lichtes mit der Ampèrezahl und zwar ziemlich proportional wächst. Nach dieser Feststellung hat Kromayer stets mit einer Ampèrezahl von 14—15 gearbeitet. Weiters liess sich feststellen, dass bei Anwendung von Methylenblaulösungen, welche in der gleichzeitig als Kompressorium benützten Quarzkammer untergebracht waren, die zur Erzeugung eines Erythems notwendige Belichtungsdauer mehr als proportional wächst. Die Experimente wurden mit der von der Sanitasgesellschaft hergestellten „Tripletlampe" angestellt, welche als Modifikation der Dermolampe, für Elektroden aus Eisen, Kohle und beiden zusammen brauchbar ist. Der Apparat weist vielfache Ähnlichkeit mit jenem von Lortet-Genoud auf. Er besteht aus einem durch Wasserzirkulation kühlbarem Schutzschirm, der eine Öffnung zur Aufnahme der Quarzkammer trägt, welche von der Methylenblaulösung durchspült und direkt auf die Haut appliziert wird. Nach hinten ist der Schirm offen zur Aufnahme der Elektroden, die durch sinnreiche Mechanismen nach allen Seiten hin verstellbar und leicht auszuwechseln sind. Die therapeutischen Erfolge, resp. Misserfolge wurden erzielt bei Applikation konkaver oder konvexer Drucklinsen und schwacher Ströme von 5—7½ Ampère, späterhin bei Anwendung starker Ströme von 14—14 Ampère und einer Spülkammer, in der die Farblösung zirkuliert (Methylenblau 8 : 100000). Die möglichen Verbesserungen könnten sich nach Kromayer zunächst auf die Lichtquelle und die Art und Weise erstrecken, die kurzwelligen, ultravioletten Strahlen auszusperren. Die Lichtquelle ist um so besser, je mehr blaue, violette und langwellig ultraviolette Strahlen sie besitzt. In dieser Beziehung scheinen die Arbeiten von Strebel schon von Erfolg begleitet zu sein, der Elektroden aus Eisenpulver und Kohlenpulver zusammengesetzt hat, deren photochemische Wirkung doppelt so stark, wie die der Eisenelektroden sein soll. Als das eigentliche Ziel aller Abänderungs- und Verbesserungsvorschläge ist aber die möglichste Einengung der Belichtungszeit zu betrachten.

Die Behandlung des Schleimhautlupus mit der Pyrogallussäure empfiehlt Dr. Wittmaack (Leipzig). Der eigentlichen Behandlung mit dem Ätzmittel schickte Verfasser stets eine chirurgische Behandlung voraus (Abtragung der Exkreszenzen mit Schlinge und Curette etc.). Falls die Blutung gering ist, wird noch an demselben Tage, sonst am Tage darauf, die Pyrogallussäurebehandlung begonnen. Die Applikation der Pyrogallussäure geschieht in Salbenform mit Vaselinum flavum in Konzentration von anfangs 10%, sehr bald bis zur Konzentration von 20% ansteigend. Nach Kokainisierung werden nun mit Pyrogallussalbe bestrichene kleine Gazestreifchen den erkrankten Partien angedrückt, wobei darauf zu achten ist, dass sie auch die versteckter liegenden Herde, in der Konkavität der unteren Muschel, im mittleren Nasengang und dergleichen treffen. Dann wird ein mit Gaze umwickeltes und ebenfalls mit Salbe bestrichenes Stück eines Zelluloidkatheters, dessen Länge nach der Tiefe des Erkrankungsprozesses in der Nase zu bemessen ist, zwischen untere Muschel und Septum mässig fest eingeschoben. Um ihn herum werden gleichfalls mit Salbe bestrichene Gazestreifchen oder Wattetampons eingeschoben, so dass man sicher sein kann, dass sämtliche erkrankte Schleimhautpartien unter einem mässigen Druck von der Salbe berührt werden. Der Patient muss vor stärkerem Schneuzen gewarnt werden. Die Tampons bleiben 24 Stunden liegen, um dann durch neue ersetzt zu werden. Das geschieht 3—4 Tage hindurch. Dann wird ca. 3—4 Tage lang eine indifferente Behandlung mit Borsalbe, Aufblasen von Jodoform oder dergleichen vorgenommen. Dieser Turnus wird öfters, je nach der Schwere des Falles, 3—10 mal wiederholt. Die Patienten gewöhnen sich in der Regel sehr schnell an die Behandlung, so dass sie ihnen nicht übermässig unangenehm ist. Sind beide Nasenseiten erkrankt, so hat Verfasser meist abwechselnd die eine indifferent, die andere mit Pyro-

Digitized by Google

gallussäure, zuweilen auch beide Seiten gleichzeitig mit Pyrogallussäure behandelt. Komplikationen von seiten des Ohres traten nie auf, auch keine allgemeinen Intoxikationserscheinungen durch Pyrogallussäure. Der Erfolg der Behandlung war im allgemeinen sehr befriedigend. Bei flächenhaft ausgedehnten lupösen Schleimhautaffektionen verdient nach Verfasser die Pyrogallusbehandlung, bei zirkumskripten Herden die Milchsäure (vielleicht auch die Trichloressigsäure) den Vorzug. Ein Vorteil der Pyrogallusbehandlung ist, dass Stenosierungen am Naseneingang vermieden werden. Die Narbenbildung und die Atrophie der Schleimhaut ist geringer als bei der Milchsäurebehandlung. Die durchschnittliche Behandlungsdauer ist etwas länger.

Dr. Dreuw (Hamburg-Altona) redet folgender wenig schmerzhafter, erfolgreicher und gefahrloser Lupusbehandlung das Wort: Die zu behandelnden Partien werden zunächst durch Chloraethyl mit Hilfe der Henningschen Flaschen mit Momentverschluss vollständig vereist. Alsdann werden die lupösen Herde, während sie noch mit Eismassen bedeckt sind, mit einem Wattebausch, der um die Spitze eines Holzstabes gewickelt und dann in Acidum hydrochloricum crudum getaucht ist, unter festem Drucke eingerieben, und zwar so lange, bis Schmerz entsteht. Es bildet sich dann namentlich dort, wo die Knötchen sitzen, eine weisslich graue Verfärbung. In dem Augenblick, wo der Kranke über brennenden Schmerz klagt, wird sofort wieder vereist und mit Acidum hydrochloricum crudrum aufs neue tüchtig eingerieben, so lange bis die zu behandelnde Stelle grauweiss erscheint. Die rohe Salzsäure übt auf die Lupusknötchen eine elektive Wirksamkeit aus, während das gesunde Gewebe, welches die Epidermisknötchen umgibt, nur wenig angegriffen wird. Der Wattebausch muss bei der Ätzung gehörig durchtränkt sein, weil die Salzsäure durch die schmelzenden Eiskristalle erheblich verdünnt wird. Die gesunde Haut muss vor der ätzenden Flüssigkeit durch Watte geschützt werden. Häufig tritt bei Knötchen, die ziemlich weich und oberflächlich sind, eine Blutung ein; das Blut färbt sich sofort braunschwarz. Dies hindert durchaus nicht, die Stelle gründlich weiter zu ätzen, wodurch die Blutung bald zum Stehen kommt. Die Nachbehandlung der verätzten Bezirke besteht in der Applikation eines austrocknenden und desinfizierenden Streupulvers und Bedeckung der Wunde mit Gaze, die mittelst Heftpflasterstreifens befestigt wird. Es bilden sich in 2—4 Tagen Borken, die nach 8—14 Tagen abfallen oder entfernt werden können.

Die Bekämpfung des Lupus vulgaris von Prof. Finsen (Jena, Verlag von G. Fischer) — Prof. Lesser über die Finsensche Lichtbehandlung des Lupus in der Gesellschaft der Charité-Ärzte zu Berlin (Münchener med. Wochenschr. Nr. 23). — Über Lupusbehandlung von Dr. Kromayer (Dermat. Zeitschr. Nr. 2 — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 8. H.) — Die Behandlung des Schleimhautlupus mit der Pyrogallussäure von Dr. Wittmaack (Münch med. Wochenschr. Nr 31. — Zur Behandlung des Lupus von Dr. Dreuw (Monatsh. f. prakt. Dermat. — Medico Nr. 37).

Luxationen. Dr. Bernard (Zichyfalva) empfiehlt folgende Einrenkungsmethoden bei Schultergelenksluxationen: a) Für diejenigen Fälle, bei welchen der Humeruskopf hauptsächlich nur eine Verlagerung nach innen von seiner Pfanne aufweist (Luxatio subcoracoidea, intracoracoidea, infraclavicularis): 1. Der Operateur stellt sich vor die verletzte Seite des Kranken, legt die wagrecht gehaltene Faust seines ungleichnamigen Armes von dem Rücken des Patienten aus als Hypomochlion in dessen Achselhöhle, stemmt nun seine Brust an den Ellbogen des Kranken und, indem er hier einen Druck ausübt, presst gleichzeitig der Daumen seiner ungleichnamigen Hand den Humeruskopf in die Pfanne. 2. Ein mit Flanellappen oder Kompressen wohl umwickelter sog. Nudelwalger (8—10 cm dicker Holzzylinder) wird in die Achselhöhle des Patienten gebracht. Der Operateur umfasst mit seiner ungleichnamigen Hand von aussen her den Ellbogen des Patienten und drückt ihn medianwärts; währenddessen drückt der Daumen der anderen auf der kranken Schulter ruhenden Hand den luxierten Gelenkkopf in die Cavitas glenoidalis. b) Für Fälle mit Verschie-

Digitized by Google

bung des luxierten Gelenkteiles nach unten eignen sich mehr folgende Verfahren: 3. Der Kranke sitzt derart auf einem Stuhle, dass sein gesunder Arm über die Lehne hängt. Ein auf obige Art umwickelter Nudelwalger wird in den stumpfen Winkel, den Humeruskopf und Schaft miteinander bilden, gelegt. Nun erfasst man die beiden Griffe des besagten Instrumentes und zieht mit einem kräftigen Rucke den Oberarm nach aussen und oben, während ein Gehilfe gleichzeitig den Ellbogen der kranken Seite nach innen und oben, in der Richtung gegen die gesunde Schulter, schiebt. 4. Der Patient nimmt auf einem Stuhle Platz; der hinter ihm stehende Operateur stellt seinen Fuss derart auf denselben Stuhl, dass sein Knie in die Achselhöhle des Kranken zu liegen kommt und adduziert er mit der einen Hand den luxierten Oberarm, während er mit der anderen auf der Schulter liegenden Hand die Scapula nach abwärts drückt; dabei stemmt sich sein Daumen an die Spina scapulae an. Die geschilderten Methoden übertreffen an Leichtigkeit der Ausführung und Sicherheit der Wirkung alle bisher geübten Einrenkungsarten; sie sind unstreitig naturgemäss und rationell, weil sie auf dem allgemein bekannten und angewendeten mechanischen Prinzipe des ungleicharmigen Hebels basieren; sie lassen die Gelenkskapsel erschlafft; dadurch bildet der Kapselriss eine rundliche, faltenreiche Öffnung, in die der Humeruskopf leicht hineinschlüpft; sie erzeugen keine Anspannung der vom Rumpfe zum Oberarme ziehenden Muskulatur und rufen daher auch keine Widerstand darbietende Muskelstarre hervor; sie zerren weder die Gefässe, noch die Nerven, weil diese dabei keine grösseren Exkursionen zu machen haben, als der Arm bei normalen Bewegungen ausführt.

Dr. Kuh (Prag) beschreibt einen Fall von Kapselverengerung bei habitueller Schultergelenksluxation, der von Prof. Wolff (Berlin) operiert wurde. Es wurde der Langenbecksche Längsschnitt ausgeführt, vom Acromium über die grösste Schulterwölbung nach abwärts in der Ausdehnung von ca. 14 cm, hierauf erfolgte die Spaltung des Deltoides bis auf die Kapsel, dann wurde die Insertion des M. subscapularis vom Tuberculum minus abgelöst und die Gelenkskapsel in genügender Ausdehnung frei präpariert. Dieselbe erwies sich sehr ausgebuchtet und gleichzeitig sehr dünn, namentlich im unteren inneren Abschnitt. Die Bewegungen des Humeruskopfes wurden durch die dünne Kapsel hindurch deutlich sichtbar. Es wurde nun die Gelenkskapsel eröffnet, das Gelenkinnere genau untersucht, nach etwa freien oder gestielten Gelenkkörpern gefahndet. Hierauf wurde ein elliptisches Stück aus der Kapsel exzidiert, der mediale Teil derselben über den lateralen gelegt, und an dieser Stelle durch drei übereinander gelagerte fortlaufende Catgutnähte ein dicker Wulst gebildet. Auf diese Weise wurde nun der Kapselraum eingeengt, um den extremen Exkursionen des Kopfes Einhalt zu tun; eine resistente Narbe an Stelle der verdünnten Kapselpartie war so zu erwarten. Der abpräparierte M. subscapularis wurde an der Stelle seiner Insertion wieder angenäht, hierauf wird ein Drain eingelegt und darüber der Deltoides und die Haut vollständig geschlossen. Die Wunde heilte nicht per primam, war aber nach $4^1/_2$ Wochen geschlossen.

Praktische Heilmethoden zur Reposition der Schultergelenksluxationen von Dr. Bernard (Medico Nr. 5). — Über Kapselverengerung bei habitueller Schultergelenksluxation von Dr Kuh (Prag. med. Wochenschr. Nr. 46).

Lymphdrüsen-Entzündungen. Dr. Korsch (Berlin) verwirft sowohl das prinzipiell radikale Vorgehen, als ein zu lange abwartendes Verhalten bei Lymphdrüsen-Entzündungen. Die Totalexstirpation der Lymphdrüsen ist eine eingreifende Operation, die vielfach Narbenstörungen und Ödeme, bezw. elephantiastische Zustände der regionären Hautpartien im Gefolge hat. Die Lymphdrüsen sind ferner an und für sich physiologisch viel zu wichtige Organe, als dass man sich ohne dringende Indikation zu ihrer vollständigen Entfernung entschliessen sollte. Man räume nur vereiterte Drüsenhöhlen aus. Das Verfahren durch Injektionen in die Drüsen künstlich Erweichungen herbeizuführen, hat sich nicht besonders

Digitized by Google

bewährt; eine Inzision wird schliesslich dennoch nötig und eine Abkürzung der Behandlung nicht erreicht. Korsch hat mit gutem Erfolg die Salzwedelschen Spiritusverbände angewendet, die oft eine Rückbildung der Drüsentumoren eintreten lassen; falls dennoch Eiterung erfolgt, wird inzidiert und nach Lang die Abszesshöhle mit 1%iger Höllensteinlösung ausgespritzt. Das Verfahren lässt sich ambulant durchführen.

Dr. Franz will bei Verdacht auf Tuberkulose stets radikal vorgehen; bei Lymphdrüsen in der Inguinalgegend ist unter Umständen die Unterbindung der Vena femoralis nötig, nach der, entgegen der Ansicht Braunes, Gangrän der Extremität nicht zu befürchten ist. Die Naht der Vena femoralis ist oft wegen der Schwarten, die sie in solchen Fällen umkleiden, nicht möglich

Dr. Salzwedel will die Spiritusverbände nicht in einen Gegensatz zum Inzisionsverfahren gesetzt wissen; er betrachtet vielmehr die eine Methode als Ergänzung der anderen.

Dr. Korsch, Dr. Franz und Dr. Salzwedel über Behandlung der Lymphdrüsenentzündungen in der Freien Vereinigung der Chirurgen Berlins (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 24).

M.

Magen-, Darm- und Peritonealchirurgie. Bei der Perforation eines Magen- oder Duodenalgeschwürs ist nach Dr. Mognihan eine sofortige Operation angezeigt. Er schneidet das Geschwür niemals aus, sondern übernäht es mit gesunder Magenwand, die in grosser Falte darüber gezogen wird. Bei geringer Verunreinigung der Bauchhöhle tupft er sie mit in Salzlösung getauchten Kompressen aus, bei starker Verunreinigung spült er mit Salzlösung. Drainage ist fast immer unnötig. Bei Magenblutungen muss man unterscheiden zwischen solchen aus einem akuten und solchen aus einem chronischen Ulcus. In ersterem Falle ist eine Operation nur selten angezeigt, da die Blutung meist von selbst zum Stillstand kommt und auch nur selten rezidiviert. Zwingt ein sehr grosser Blutverlust oder rasch aufeinander folgende Blutungen zur Operation, so lasse man das Geschwür (häufig handelt es sich um multiple Erosionen) in Ruhe und lege so rasch wie möglich eine Gastroenterostomie an. Die Blutungen beim chronischen Magengeschwür zeichnen sich durch ihre Neigung zum Rezidivieren aus, auch in diesen Fällen genügt eine einfache Gastroenterostomie fast immer zur Heilung, immerhin kann man bei einzelnem, gut zugänglichem Geschwür dasselbe exzidieren, fügt aber auch dann noch am besten eine Anastomosenbildung bei. Die Geschwüre im Magen und Duodenum sind häufig multipel, auch kommen sie oft zusammen vor. Bei Pylorusstenosen, Beschwerden durch chronische Geschwüre, Verwachsungen etc. ist das beste Heilmittel die Gastroenterostomie, die Verfasser als Gastroenterostomia posterior (v. Hacker) mit der Naht und ohne Knopf ausführt. Grosses Gewicht legt Verfasser auf sorgfältige Vorbereitung des Kranken, namentlich wird die Mundhöhle so steril wie möglich gemacht. Von 10 perforierten Geschwüren genasen vier, bei acht Fällen von Blutung wurde sechsmal nur eine Gastroenterostomie gemacht und alle sechs Kranke genasen, ein Ulcus an der Vorderfläche des Magens wurde exzidiert ohne nachfolgende Anastomosenbildung, der Kranke starb; ein Ulcus an der Hinterfläche wurde exzidiert mit Anastomosenbildung, Heilung. In 51 Fällen von chronischem Geschwür ohne Blutung wurde Gastroenterostomie gemacht, 50 Heilungen, ein Tod; in drei weiteren Fällen wurden erfolgreich Pyloroplastiken gemacht. Letztere Operation hat Verfasser jetzt völlig aufgegeben, da Rückfälle nicht selten sind.

Dr. Brunner (Neumünster-Zürich) liefert eine ausführliche Arbeit über das akut in die freie Bauchhöhle perforierende Magen- und Duodenalgeschwür unter Zugrundelegung von 460

Digitized by Google

aus der Gesamtliteratur gesammelten operativ behandelten Fällen. Die Perforationen sitzen häufiger an der vorderen Wand als an der hinteren (7 : 1), öfter in der Nähe der Kardia als des Pylorus (5 : 3) häufiger an der kleinen Kurvatur als an der grossen (122 : 16). Der Schmerz nach der Perforation wird meist an den Ort der Erkrankung verlegt. Vor der Perforation finden sich in 90% Symptome, die auf ein Ulcus hinweisen. Bei nicht operativer Behandlung sterben von den Fällen mit Magen- und Duodenalperforation etwa 95%. Mehr als die Hälfte stirbt innerhalb der ersten 24 Stunden. Die Therapie besteht in sobald als möglich vorzunehmender Operation. Die Erholung von dem Schock soll man nicht abwarten. Für die Operation gibt Brunner auf Grund der vorliegenden Erfahrungen sehr genaue Vorschriften. Das Ulcus soll womöglich exzidiert werden, nur wenn die Exzision unmöglich, soll die Perforation nach Anfrischung der Ränder übernäht werden. Bei starker Verunreinigung der Bauchhöhle ist es angezeigt, dieselbe mit Kochsalzlösung von 40% auszuspülen. Bei frischen Fällen und gut gereinigtem Peritoneum soll man die Bauchhöhle ganz schliessen. Die bisherigen Operationserfolge sind ungefähr 1/3 Heilungen und 2/3 Todesfälle. Die besten Erfolge hat die Operation in den ersten acht Stunden. Brunner selbst operierte in drei Fällen: ein Ulcus ventriculi, acht Stunden nach dem Durchbruch, Tod; ein Ulcus ventriculi, 4 1/2 Stunden nach dem Durchbruch, Genesung; ein Ulcus duodeni, 6 1/2 Stunden nach dem Durchbruch, Heilung. Ausserdem berichtet Brunner über fünf von Stierlin (Winterthur) und einen von Tschudi (Zürich) operierten Fall, die alle gestorben sind. Bei allen Patienten waren schon mehr wie 18 Stunden nach dem Durchbruch verflossen.

Dr. Moullin (London) ist der Ansicht, dass das chronische Magengeschwür, wenn es andauernd Schmerzen und Erbrechen verursacht, stets freigelegt, untersucht und chirurgisch behandelt werden muss. Wenn man es für die Dauer sich selbst überlässt, so kann ein chirurgischer Eingriff entweder wegen lebensgefährlicher Komplikationen, wie Blutung oder Perforation, oder wegen allgemeiner Erschöpfung des Kranken zu spät werden. Man soll deshalb nicht mit interner Behandlung zu lange Zeit verlieren. Vom Magengeschwür gilt in diesem Sinne dasselbe wie von der Appendicitis. Auch ist der Magen der chirurgischen Behandlung ebenso gut zugänglich wie der Wurmfortsatz. Die Diagnose kann gewisse Schwierigkeiten bieten. Von dem akuten Magengeschwür ist das chronische dadurch zu unterscheiden, dass die Beschwerden niemals für längere Zeit verschwinden. Mit dem Karzinom hat das chronische Magengeschwür zwar viel Ähnlichkeit, eine Verwechslung hat hier jedoch keine praktische Bedeutung, da auch beim Karzinom der frühzeitige chirurgische Eingriff das einzig Richtige ist. Am schwierigsten ist die Unterscheidung vom chronischen Magenkatarrh. Jedoch meint Moullin, dass, wenn ein Magenkatarrh so schwere Symptome macht, dass er mit einem Geschwür verwechselt werden kann, auch ein chirurgischer Eingriff von Nutzen sein kann, insofern dadurch der Magen gründlich drainiert und für einige Zeit völlig in Ruhe gestellt wird. Die genaue Lage des Geschwürs lässt sich vor Eröffnung der Bauchhöhle schwerlich sicher bestimmen. Wenn es durch die Magenwand von aussen her nicht zu erkennen ist, so kann die Eröffnung des Magens nötig werden. Der Schnitt ist dann so zu legen, dass er auch zugleich bei einer etwa daranzuschliessenden Gastro-Jejunostomie zu verwerten ist. Wenn man weder durch den Schnitt allein, noch auch mit dem tastenden Finger das Geschwür nicht ermitteln kann, so führt man ein weites Scheidenspekulum ein. Mit dessen Hilfe kann man das ganze Mageninnere, sowohl nach der Kardia wie nach dem Pylorus zu betrachten. Moullin erwähnt, dass es ihm einmal gelungen ist, sogar ein im Duodenum sitzendes Geschwür vom Magenschnitt aus durch Vorstülpen des Duodenums zu Gesichte zu bekommen. Die letzte chirurgische Methode ist die Exzision des Geschwürs. Diese hat die beste Aussicht auf prompte Heilung, sie gibt eine glatte Narbe, die keine Beschwerden weiter verursacht. Wenn

Digitized by Google

es irgend angeht, so nimmt Moullin die einfache Exzision vor. Falls jedoch das Geschwür sehr gross ist, wenn mehrere Geschwüre vorhanden sind, wenn starke Adhäsionen in der Umgebung bestehen und wenn das Geschwür nahe an der Kardia oder nahe am Pylorus sitzt, so ist die Gastro-Jejunostomie am Platze. Diese gibt im allgemeinen eine gute Prognose, insofern der Magen drainiert und das Geschwür ruhig gestellt wird. Dennoch vermag die Operation nicht eine Blutung zu stillen oder die Bildung einer einschnürenden Narbe zu verhindern.

Die Diagnose des kallösen Magengeschwürs ist nach Dr. Brenner nur dann leicht, wenn es sich um tastbare Verdickungen der Magenwand oder der Bauchwand handelt, also bei Magenbauchwand- oder auch bei Magenleber-Geschwüren. Die Verdickungen der hinteren Magenwand, also die Magen-Pankreasgeschwüre sind zumeist nicht deutlich vom Pankreas und der Wirbelsäule zu unterscheiden. Wenn kein Tumor oder keine Resistenz zu tasten ist, bleiben nur die übrigen Zeichen des Magengeschwürs, namentlich das vorausgegangene Bluterbrechen und die Melaena, sowie die starken Magenschmerzen, bald nur nach der Mahlzeit, bald andauernd, ferner die rasche Abmagerung des Kranken und die fruchtlose interne Behandlung nach Leube als Kriterium für den chirurgischen Eingriff. Auf Grund seiner Erfahrungen empfiehlt Brenner für jene Geschwüre, die tief in die vordere Bauchwand, oder in das Pankreas eingreifen, die segmentäre oder zirkuläre Resektion des Geschwüres. Die Gastroenterostomie ist auf jene Fälle zu beschränken, in denen eine eingreifendere Operation wegen der Schwäche des Kranken untunlich erscheint, sowie auf die Geschwüre an der kleinen Kurvatur und dem Pylorus, die mit dem Pankreas nicht verwachsen sind.

Die Resektion, welche beim kallösen penetrierenden Magengeschwür von einzelnen Operateuren prinzipiell gemacht wird, ist nach Prof. Lorenz (Wien) nicht in allen Fällen ausführbar, und wie zwei vom Verfasser ausführlich mitgeteilte Fälle beweisen, auch nicht immer für einen günstigen Ausgang unumgänglich nötig. Die beiden Fälle betrafen sehr herabgekommene ältere Frauen, bei denen das Geschwür während der Operation in grösserem Umfange einriss und die Perforation zugleich nicht durch die Naht zum Verschluss gebracht werden konnte. Es wurde trotzdem eine völlige Heilung erzielt dadurch, dass eine Magenfistel und zugleich eine Gastroenterostomie angelegt wurde. Die Fisteln heilten gut und ermöglichten bei der einen, geisteskranken Patientin die Ernährung auf direkt stomachalem Wege. Der Heilungsprozess ist auch dadurch bemerkenswert, dass die in der Umgebung der grossen, auf die Leber übergreifenden Geschwüre vorhandene entzündliche Infiltration, welche zur Bildung grösserer Tumoren geführt hatte, in ziemlich kurzer Zeit sich ganz bedeutend verkleinerte.

Prof. Krause (Berlin) teilt seine Erfahrungen in der Magenchirurgie mit. Bei Magenblutungen operiert Krause, sobald eine streng durchgeführte Ulcusdiät versagt hat, und die Kranken die Folgen des Leidens nicht mehr ertragen können. Bei allen Magenoperationen benützt Verfasser ausschliesslich die Naht und verwendet den Murphyknopf nicht mehr. Er bespricht sodann die häufig recht günstige Wirkung der Gastroenterostomie. Eine Indikation zu operativem Eingreifen liegt auch in der das Magengeschwür begleitenden Pylorusstenose und Magenerweiterung. Für erstere kommt die Pyloroplastik in Betracht. Auch perigastritische Prozesse, dann der Sanduhrmagen, erfordern oft chirurgische Eingriffe. Dann bespricht Krause die Magenresektionen infolge von Karzinom. Die hierbei zu erzielenden Gewichtszunahmen sind manchmal ausserordentlich bedeutende, wie aus den mitgeteilten Krankengeschichten hervorgeht. In manchen Fällen ist eine zweizeitige Operation indiziert. In allen Fällen von Pylorusverschluss und Stauung des Mageninhalts führt Verfasser wenn möglich die Gastroenterostomie aus, oft mit sehr gutem Erfolge für den Ernährungszustand und die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Auch Gastrostomie und Kolostomie ergeben manchmal recht günstige Erfolge. Bei der Operation verwendet Verfasser

Digitized by Google

immer die allgemeine Narkose. Kleinste Mengen des Narkotikums und schnelles Operieren sind wichtige Voraussetzungen des Erfolges für viele Fälle.

Die Indikationen für ein chirurgisches Vorgehen bei Magenkrankheiten sind nach Dr. Cardenal (Barzelona) gegeben: 1. Bei allen Magenerkrankungen, die die bekannten typischen und dauernden Symptome bieten, die er die „pylorische Trias" nennen möchte, und die sich kennzeichnen in Schmerz, Erbrechen und Retention, auch wenn eine sichere Diagnose noch nicht gestellt ist. 2. In allen Fällen von sichergestellter Neubildung des Magens, auch ohne besonders schwerwiegende Symptome, weil diese sich erst einstellen können, wenn eine Operation zu spät kommt. 3. In allen zweifelhaften Fällen, in denen der Patient ohne besonders deutliche Symptome, die eine Diagnose zulassen, zusehends verfällt, als einzige Möglichkeit, die Diagnose sicherzustellen zur Entscheidung der Frage, ob eine medikamentöse oder chirurgische Therapie einzuschlagen ist. Eine besonders ausführliche Betrachtung schenkt Cardenal dem Krebs des Magens und der Frage, ob wir nach den bisherigen Resultaten berechtigt sind, auf eine vollkommene Heilung nach der Resektion zu hoffen. Er vergleicht die Karzinome des Uterus, der Mamma, der Lippe, der Zunge mit dem des Magens und schliesst, dass man bei den an diesen Organen durch Amputation, Exstirpation etc. sichergestellten Heilungen dem Krebs des Magens keine Ausnahmestellung geben soll. In der Gastroenterostomie sieht er beim Magengeschwür das beste Palliativverfahren gegen Blutung und Perforation. Den Circulus vitiosus scheinen ihm am besten die ypsiloforme Gastroenterostomie nach Roux und die Gastroduodenostomie nach Kocher zu vermeiden.

Dr. Ceccherelli (Parma) stellt folgende Normen für ein chirurgisches Vorgehen am Magen auf: Wenn es sich handelt um 1. malignen Tumor, 2. Ulcus, 3. Striktur, 4. Spasmus pylori, 5. Formveränderung, 6. Fremdkörper im Magen.

Dr. Hartmann (Paris) gibt eine Statistik seiner Magenoperationen, zieht die Grenzen der Exstirpation und Resektion, die stets die Operation der Wahl sein soll, und ist für Einschränkung der Gastroenterostomie zu gunsten der Resektion.

Nach Dr. Rivera (Madrid) soll man stets die Gastrektomie machen, auch wenn das Ulcus, der Tumor benigne zu sein scheint, und nur dann die Gastroenterostomie wenn die Ektomie nicht möglich ist. Er hat einige Fälle erlebt, bei denen die notwendige zweite Operation gezeigt hat, dass man sich in der Gutartigkeit des Ulcus resp. des Tumors arg getäuscht hat. Er unterschätze nicht die Schwierigkeiten der Wiedervereinigung des Magens nach Resektion und er habe sich in einigen Fällen nicht gescheut, um dem allzu starken Zug zu begegnen, den Ösophagus am Zwerchfell abzulösen und den Magenstumpf so herabzuziehen.

Da es nach Dr. Delaunay (Paris) nicht immer möglich ist, zu erkennen, ob ein Tumor maligne oder benigne ist, soll man vorerst keine grossen Operationen machen, die das Leben des Patienten in momentane Gefahr bringen. Die Operation der Wahl soll stets die Gastroenterostomie sein.

Prof. Robson kommt zu dem Schlusse, dass eine frühzeitige Diagnose des Magenkrebses heute kaum möglich ist, wenn man nicht, wie er es empfiehlt, die Probelaparotomie viel häufiger ausführt, als das bisher geschieht. Nur so kann man noch entfernbare Krebse erkennen und radikal operieren. Findet man ein Kardiakarzinom, so muss Gastrostomie gemacht werden, bei ausgedehnten Krebsen, bei denen die totale Entfernung und die Anlage einer Gastroenterostomie unmöglich erscheint, macht er die Jejunostomie. Sonst entfernt er, wenn irgend möglich, den Tumor mit den befallenen Drüsen. Auch bei grossen, von aussen fühlbaren Geschwülsten soll man die Hoffnung nicht aufgeben, sondern operieren, da viele Schwellungen, die zu Pylorusstenose führen und selbst bei der Operation noch als Krebse imponieren, tatsächlich nur entzündliche Schwellungen sind, die nach der Gastroenterostomie völlig verschwinden. Bei gutartigen Stenosen gibt die hintere Gastroenterostomie nur eine Sterblichkeit von 3%, bei Krebsen eine solche von 5%.

Digitized by Google

Dr. Foederl (Wien) bespricht als die häufigste Ursache der Passagestörung nach Gastroenterostomien die Spornbildung durch die der Anastomose gegenüberliegende mesenteriale Wand des apponierten Darmes. Unter Darlegung der dabei mitspielenden anatomischen und mechanischen Verhältnisse betont er, dass die Spornbildung ausbleibt und die betreffende Darmwand sich voll entfaltet, sobald man gegenüber dem Scheitel des Bogenstückes das Mesenterium verkürzt. Dies wird dadurch erreicht, dass man durch das Mesenterium einige Nähte legt, wobei man zu beachten hat, dass eine Umstechung und Umschnürung von Gefässen vermieden werden muss, da sonst Gangrän eintreten könnte. Schliesslich gibt Verfasser einen Überblick über 62 Fälle von Gastroenterostomien, sowie über die Einzelheiten der hier in Betracht kommenden Technik, wie sie an der Klinik von Gussenbauer in Gebrauch steht.

Zu den üblichen Verfahren der Heilung des Sanduhrmagens (Gastroanastomose, Gastroenterostomie, Gastrolyse, Resektion) will Dr. Wullstein (Halle a. S.) ein Verfahren fügen, das er vorläufig nur an Hunden ausprobiert hat, eine Gangränerzeugung des Sporns durch Umstechung und Gefässunterbindung.

Da die Besserung bei der konservativen Behandlung der Gastroptose nach Dr. Hammer nur solange anhält, als die Behandlung dauert, und mit dem Aufhören derselben sich auch die Beschwerden wieder einstellen, legt Autor die Frage vor, ob diese Zustände unter bestimmten Verhältnissen nicht viel häufiger Gegenstand eines chirurgischen Eingriffes werden sollten, als sie es bis heute sind, ob nicht besonders auch die Gastroptose, welche mit intensiven Beschwerden einhergeht, die Arbeitsfähigkeit und Lebensfreudigkeit erheblich beeinträchtigt, chirurgisch angegriffen werden sollte, selbst wenn sie nicht erst durch sekundäre Störungen zur schweren, von Rovsing geradezu als Gastroptosekachexie bezeichneten Inanition führt und dann aus vitaler Indikation chirurgischer Behandlung zugeführt wird. Auf Grund der wesentlich günstigeren chirurgischen Statistiken sollte man sich auch die Frage vorlegen, ob sich die Indikationen zu chirurgischen Eingriffen bei den genannten Zuständen, insonderheit bei der Gastroptose, nicht noch erweitern und ausdehnen lassen auf solche Fälle, bei denen zwar durch interne Therapie ein Erfolg noch erzielt werden kann, bei denen aber eine Besserung nur solange anhält, als die Behandlung dauert und mit dem Nachlass der Behandlung sofort ein Wiedereintritt sämtlicher Beschwerden erfolgt. Der im ersten Teile der Arbeit beschriebene Fall einer Gastroptose bei Kypho-Skoliose kann eben als Beweis für die Zweckmässigkeit eines rechtzeitigen chirurgischen Eingriffes bei Gastroptose gelten. A priori scheint die Gastroenterostomie auch für die Gastroptose das wirksamere und radikalere Verfahren. Da die weitaus grösste Mehrzahl der Gastroptosebeschwerden sich anschliesst an die Füllung des Magens resp. an den Verdauungsakt, so dürfte das wichtigste Postulat immer eine möglichst schnelle Entleerung des Magens und Weiterbeförderung der Speisen in den Darm sein. Dieses wird aber nur durch die Gastroenterostomie erfüllt. Jedenfalls regen sowohl die bisherigen, zwar wenig zahlreichen, aber meist günstigen Resultate der chirurgischen Behandlung der Gastrektasie und der Gastroptose, wie auch der im vorliegenden Falle erzielte Erfolg mit Entschiedenheit zu einer häufigeren Anwendung eines operativen Eingriffes an.

Vor jeder Magenoperation sollte nach Dr. Neck der Magen ausgespült und die ganze Spülflüssigkeit entleert werden, um ein Überschwemmen des Peritoneums und die Infektion desselben nach Eröffnung des Magens zu vermeiden. Leider gelingt die vollständige Ausheberung des Magens bei Dilatation und Atonie sehr selten. Verfasser fand bei seinen Versuchen, die er an Leichen und Patienten vornahm, dass die vollständige Ausheberung erst gelingt, wenn man den Patienten in steile Beckenhochlagerung bringt. Er empfiehlt daher, so lange in horizontaler Lage zu spülen, als noch Flüssigkeit abfliesst, und dann den Patienten in die steile Beckenhochlagerung zu bringen und schliesslich in dieser Lage die Sonde langsam zu extrahieren. Auf diese Weise wird der letzte Rest des Mageninhaltes, so

Digitized by Google

weit er flüssig ist, entleert. Wenn aber der Magen mit grösseren Speiseteilen angefüllt ist, gelingt es erst nach mehrmaliger Spülung, eine annähernde Säuberung des Magens zu erzielen.

Prof. v. Eiselsberg (Wien) berichtet über 13 Darminvaginationen, von denen 12 durch die Totalresektion und 1 durch erst partielle, dann totale Ausschaltung behandelt wurden. 12mal wurde die Desinvagination versucht; nur 5 mal gelang sie vollkommen. Obwohl sich v. Eiselsberg in keinem Falle mit der Desinvagination begnügte, hält er doch, um zu bestimmen, ein wie grosses Stück reseziert werden soll, ihre Ausführung bezw. den schonenden Versuch für dringend geboten. In 12 Fällen wurde die Totalresektion vorgenommen; 1 Kranker starb im Anschlusse an die zu spät ausgeführte Operation, 2 Kranke starben 3—6 Wochen danach an Marasmus; 9 Kranke genasen. In keinem einzigen Falle von Resektion wurde ein Nachgeben der Naht bemerkt. Diese Beobachtung spricht entschieden zu gunsten einer vollkommenen Wegräumung des in seiner Zirkulation beeinträchtigten Darmteiles. der eine schwere Gefahr für den Körper darbietet.

Bezüglich der Ursache der akuten Invagination steht Prof. Braun (Göttingen) auf dem Standpunkte, dass ein Spasmus des Intussusceptum, nicht wie man früher annahm, eine Lähmung des Intussuscipiens vorliegt. Er glaubt, dass mit besserer Diagnosenstellung auch die akute Invagination häufiger werden würde. Die Diagnose sei leicht. Bis dahin gesunde Kinder erkranken mit Tenesmus, Erbrechen, blutig-schleimigen Stühlen, verfallen schnell und man fühlt deutlich einen Invaginationstumor. Die chronische Invagination sei schwerer zu diagnostizieren. Die Therapie kann natürlich nur eine Operation sein. Abstossung kommt gewiss recht selten vor, doch sind solche Fälle beobachtet und als geheilt aus den Krankenhäusern entlassen worden. Partielle Abstossungen kommen häufiger vor, können aber später doch noch zur Operation kommen. Im allgemeinen ist aber der Ausgang ohne Operation der letale. Zweifellos sind auch in einigen Fällen durch die Methoden der Lufteinblasung, Wassereingiessung Heilungen erzielt worden, doch ist es ein schlimmes Unterfangen, diese Methoden länger als in den ersten beiden Tagen anzuwenden. Was nun die Art der Operation anlangt, kommt in Frage: Anus praeternaturalis und Resektion. Die Anlegung des Afters ist nach seiner Meinung gleichbedeutend mit dem Todesurteil, die Patienten, bei denen eine Resektion gemacht wurde, sind meist auch gestorben, und Braun steht daher nach seinen Erfahrungen auf dem Standpunkt, dass man bei Kindern bei der akuten Invagination so früh operieren soll, dass noch eine Desinvagination vorgenommen werden kann; bei chronischer Invagination dagegen will er eine Enteroanastomose der Resektion vorgezogen wissen. Die Resektion, mit der v. Eiselsberg so gute Erfolge erzielt hat, muss für die Erwachsenen aufgehoben bleiben. Es kommt noch die Amputation bei den Fällen von Vorstülpung aus dem After in Frage, mit der er in einigen Fällen guten Erfolg und Heilung erzielt hat.

Im Laufe der letzten elf Jahre kamen in der Breslauer Klinik des Prof. v. Mikulicz 106 Fälle von bösartigen Darmgeschwülsten, mit Ausschluss des Mastdarmes, zur Beobachtung. Was den klinischen Verlauf der Darmkarzinome anlangt, so ist vor allen Dingen hervorzuheben, dass sie oft sehr lange Zeit latent bleiben. Erst Komplikationen machen das Darmkarzinom klinisch bemerkbar. Diese sind Stenose, Ulzeration und Blutung. Die letzten zwei Komplikationen werden sich in der Regel nur bei tiefsitzenden Karzinomen bemerkbar machen. Als die konstanteste Komplikation, die fast in jedem Falle früher oder später eintritt, darf man die Stenose ansehen; doch ist sie leider kein Frühsymptom. Man muss streng unterscheiden zwischen den mit akutem Ileus verlaufenden Fällen und den übrigen Formen, die meist unter den Symptomen der chronischen Darmstenose, nicht selten aber auch ohne charakteristische funktionelle Störungen verlaufen. Bei Darmkarzinomen mit akutem Ileus ist die Prognose durch diese Komplikation sehr getrübt. Man wird sich hier am besten zuerst mit der Kolostomie begnügen und erst später eventuell die Radikaloperation anschliessen. Auf Grund

Digitized by Google

seiner günstigen Erfahrungen empfiehlt v. Mikulicz die zweizeitige Darmresektion als die Normalmethode bei allen Tumoren des Dickdarmes, auch wenn keine Komplikationen vorliegen. Beim Dünndarme verwendet er, falls nicht akuter Ileus vorliegt, die einseitige Resektion mit primärer Darmnaht. Die Tumoren des Collum sind als Grenzfälle anzusehen.

Dr. Denecke bespricht das Krankheitsbild der Diverticulitis und der Gangrän des Divertikels. In pathologisch-anatomischer, wie auch in klinischer Hinsicht ergibt sich dabei die grösste Ähnlichkeit mit der Appendicitis, entsprechend den anatomischen Verhältnissen, nach denen es hier wie dort im Divertikel als Darmanhängsel zu Sekretstauung, Retention von Fremdkörpern und ihren Folgen kommen kann. Entsprechend den anatomischen Verhältnissen, der weiten Kommunikation mit dem Darm spielen in der Ätiologie der Diverticulitis die Fremdkörper eine grössere Rolle; daneben kommen Kotsteine, Infektion und Trauma als Ursachen in Betracht. Pathologisch-anatomisch kommt es zu denselben Veränderungen, wie wir sie bei der Appendicitis finden: einfache katarrhalische Entzündung, Schwellung und Verdickung der Wandung, Strikturen des Halsteils, Hydrops und Empyem des Divertikels, Nekrosen der Schleimhaut und tieferen Gewebeteile mit nachfolgenden Erscheinungen der akuten und chronischen Perforativperitonitis. Diagnostisch ist die Erkrankung von der Perityphlitis mit Sicherheit nicht zu unterscheiden. Höchstens kann eine mehr nach der Medianlinie zu verschobene Lage eines peritonitischen Exsudats bei im übrigen perityphlitischen Erscheinungen an ein Meckelsches Divertikel als Ausgangspunkt denken lassen. Die Therapie besteht in Exzision und Übernähung des Darmanhangs. Die Gangrän des Divertikels kann durch Lageveränderungen des Divertikels selbst: Torsion, Strangulation und Einklemmung bedingt sein, oder aber durch Lageveränderungen des Darmes (Divertikelileus). Denecke betont die grundsätzliche Verschiedenheit der zuerst besprochenen Diverticulitis von dieser Art Erkrankung. Ihre Zusammengehörigkeit besteht nur in ihrer Endwirkung, der Peritonitis und dem dynamischen Divertikelileus.

Dr. Nehrkorn stellt 34 Fälle von chirurgisch behandelter Colitis ulcerosa chronica zusammen und gibt der Anlegung eines Kunstafters — am besten an der Flexur — vor der einfachen Enteroanastomose entschieden den Vorzug. Auch die Kader-Gibsonsche Ventilfistelbildung am Cökum hält er für vorteilhaft. Zu den Durchspülungen des Darms in der Nachbehandlung verwendet er Kamillentee, dünne spirituöse Salizylsäurelösung, Borsäure, Tannin, Höllenstein.

Dr. Gebele berichtet über die neueren Erfahrungen in betreff der penetrierenden Bauchverletzungen aus der Münchener chirurgischen Universitätsklinik. Während von 1876—1890 bei 30 nicht operierten Bauchstichen eine Mortalität von 46,6% resultierte, war bei 22 operierten Bauchstichen der Jahre 1891—1897 die Mortalität nur 18,1%, von 1897 bis Dezember 1902 wurden 30 Bauchstichverletzungen mit nur 16,7% Mortalität operiert. Von den operierten Bauchschüssen in denselben Zeitabschnitten kamen 57,1 resp. 46,7% ad exitum. Diese Erfahrungen sprechen dafür, bei allen penetrierenden Bauchverletzungen zu laparotomieren, gleichviel ob der Verdacht auf eine innere Verletzung nach dem klinischen Bild vorliegt oder nicht, zumal da das Symptomenbild bei Bauchverletzungen unzuverlässig und inkonstant ist. Besonders bei den Bauchschussverletzungen sind die Chancen um so besser, je frühzeitiger operiert wird. Es ist also im Frieden an der Laparotomie nach penetrierenden Bauchstich- und Schusswunden unter allen Umständen festzuhalten. Im Kriege sind Blutungen eine absolute Indikation zur Vornahme der Laparotomie. Dagegen kann und soll auf Grund der Erfahrungen, die in den letzten Kriegen gemacht wurden, bei den Magendarmverletzungen im Kriege abgewartet werden. Was die Technik anlangt, so wurde in letzter Zeit an der Münchener Klinik bei Darmresektionen neben der bisher prinzipiell ausgeführten Darmnaht der Murphyknopf mit Erfolg verwendet. Blutungen aus der Leber wurden meist durch Naht mit dickem

Digitized by Google

Catgut gestillt. Shock ist keine Kontraindikation gegen die Vornahme einer Operation. Zur Narkose muss dann Äther verwendet werden. Fehlt der Shock und sind nicht triftige Gegengründe von seiten des Herzens vorhanden, so ist bei den Bauchoperationen sonst Chloroform dem Äther wegen der Gefahr der hypostatischen Pneumonie vorzuziehen. Zur Bekämpfung des Shocks und der Anämie werden mit Erfolg subkutane Kochsalzinfusionen gemacht. Ferner wird das Durstgefühl bekämpft, indem Mengen von 150 ccm Wasser oder Kochsalzlösung mehrere Male pro die per rectum gegeben werden. Von Wichtigkeit ist es, die Darmparese nach der Operation zu bekämpfen. Gehen nach Ablauf von 24 Stunden keine Flatus ab, so werden Einläufe mit Wasser und Glyzerin ää oder reinem Glyzerin in Mengen von 100 bis 150 ccm gegeben. Sehr wichtig ist bei Eintritt von Singultus und Übelkeit die regelmässige Spülung des Magens mit kleinen Flüssigkeitsmengen. Bei perfekter Parese wurde mehrere Male mit Erfolg das Physostigminum salicylicum nach dem Vorschlage von v. Noorden, zweimal täglich 1 mg, angewandt. Was den Verschluss der Bauchhöhle anlangt, so empfiehlt Verfasser folgendes Vorgehen: Mehrere durchgreifende Seidenknopfnähte werden durch alle Schichten gelegt, Peritoneum und Fascia transversa bezw. hintere Rektusscheide werden mit einer fortlaufenden Catgutnaht, Muskulatur und oberflächliche Fascie bezw. vordere Rektusscheide mit Seidenknopfnähten vereinigt (Sublimatseide wird hierzu verwendet). Um Bauchbrüche zu vermeiden, ist es zweckmässig, Heftpflasterverbände anzuwenden, welche den Bauch zusammenhalten und die Wundränder entspannen. Nach Heilung der Bauchwunde müssen die Patienten 3—4 Monate lang eine glatte Bauchbinde tragen.

Dr. Neuweiler (Liestal) schildert die Vorteile und Nachteile des Murphyknopfes gegenüber der Czerny-Lembertschen Naht. Die Knopfmethode kann in manchen Fällen ebensoviel leisten wie die Naht; da sie die Operationsdauer abkürzt, ist sie in einzelnen Fällen der Naht vorzuziehen, steht dieser in anderen Fällen aber wieder nach. Am Dickdarm ist sowohl bei End-zu-End-Vereinigungen wie bei Anastomosen stets die Naht vorzuziehen. Dickdarm mit Dünndarm soll nur unter günstigen Verhältnissen (dünne Darmwand, keine Spannung) End-zu-End oder End-zu-Seit mit dem Knopfe vereinigt werden; bei Seit-zu-Seit-Verbindungen ist die Naht zu wählen. Bei Dünndarmresektionen wegen gangränöser Hernien ist der Knopf der Zeitersparnis wegen vorzuziehen; bei Resektion wegen anderer Indikationen kann Knopf oder Naht gewählt werden. Seitliche Anastomosen ohne Resektion sind besser mit Naht zu machen. Am Magen ist der Knopf zu empfehlen bei Gastroduodenostomien nach Pylorusresektion wegen Karzinom. Die Gastroenterostomie bei Karzinom ist entweder mit Knopf als G. posterior oder mit Naht als G. anterior auszuführen, und zwar die letztere mit oder ohne Braunsche Anastomose mit Knopf. Die G. anterior mit Knopf soll nicht gemacht werden. Bei gutartigen Pylorusstenosen ist die G. posterior mit Knopf nicht zweckmässig, da dieser doch manchmal in den Magen fällt; das beste Verfahren ist G. anterior mit Naht und Braunsche Anastomose mit Knopf.

Dr. Kausch (Berlin) redet der allgemeinen Narkose bei Fällen von Ileus das Wort. Nur da, wo nichts anderes als die Anlegung eines künstlichen Afters beabsichtigt ist, sowie hie und da bei eingeklemmten Brüchen kann man auch mit Lokalanästhesie auskommen. Um nun bei diesen Kranken die Gefahr der Aspiration von Erbrochenem zu vermeiden, kam Verfasser auf die Idee, an eine gewöhnliche englische Magensonde 2 Gummiballons anzubringen, welche durch einen dünnen Schlauch miteinander verbunden sind und von denen der eine in den Magen eingebracht und dort aufgeblasen wird, so dass er den Eingang in den Ösophagus vollkommen dicht abschliesst. Durch die Sonde selbst kann dann Magen- resp. Darminhalt nach aussen abfliessen. Ausserdem lässt Verfasser die Kranken mit dem Becken hoch lagern.

Prof. Czerny empfiehlt bei Fissura ani diese ganz zu exstirpieren und das alte Bett der Fissur und die gereizten

Digitized by Google

Nerven mit der heruntergezogenen gesunden Schleimhaut zu bedecken. Die Nähte, welche die Schleimhaut an die Analhaut fixieren, werden nach vier bis sechs Tagen entfernt. Die Heilung erfolgt rasch. Für Prolapsus recti mittleren Grades schlägt Verfasser vor, auf parasakralem Wege den Mastdarm blosszulegen und mit Nähten, die die ganze Dicke der Muskulatur fassen, eine Falte im Lumen und daher eine Verengerung desselben zu erzeugen. Diese Methode bewährte sich in einem Falle sehr gut.

Die chirurgische Behandlung des Magen- und Duodenalgeschwürs von Dr. Mognihan (Lancet. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 11). — Das akut in die freie Bauchhöhle perforierende Magen- und Duodenalgeschwür von Dr. Brunner (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 69. Bd. 2. H. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 32). — Die chirurgische Behandlung des chronischen Magengeschwürs von Dr. Moullin (Brit. med. Journ. — Ther Monatsh. 12. H.). — Über die chirurgische Behandlung des kallösen Magengeschwürs von Dr. Brenner (Arch. f. klin. Chir. 69. Bd. 3. H. — Schm. Jahrb. 278. Bd 6. H.). — Zur Chirurgie des kallösen penetrierenden Magengeschwüres von Prof. Lorenz (Wien. klin. Wochenschr.). — Erfahrungen in der Magenchirurgie von Prof. Krause (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 48). — Dr. Cardenal, Dr. Ceccherelli, Dr. Hartmann und Dr Rivera über die Indikationen für ein chirurgisches Vorgehen bei Magenkrankheiten auf dem internationalen chirurgischen Kongresse zu Madrid (Prag. med. Wochenschr. Nr. 27). — Dr. Delaunay über hypertrophische Hyperplasie des Pylorus ebendaselbst (Ebendaselbst). — Die Bedeutung einer frühen Diagnose des Magenkrebses von Prof. Robson (Brit. med. Journ. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 27). — Über den Circulus vitiosus nach Gastroenterostomie von Dr. Foederl (Wien. klin. Wochenschr Nr. 41). — Dr. Wullstein über die Pathologie des segmentierten Magens (Sanduhrmagens) und über die Therapie desselben durch Gangränerzeugung auf dem Chirurgenkongresse (Münch. med. Wochenschrift Nr 24) — Ein Beitrag zur Frage der chirurgischen Behandlung der Gastroptose von Dr. Hammer (Med. Blätter Nr. 50). — Zur Technik der Magenausspülung von Dr. Neck (Zentralbl. f. Chir. — Zentralbl. f. d. ges. Ther 4. H.). — Zur radikalen Behandlung der Darminvagination von Prof. v. Eiselsberg (Arch. f klin. Chir. 69. Bd. 1. u. 2. H.). — Prof. Braun über Darminvagination auf der Naturforscherversammlung zu Kassel (Alig. med. Zentral-Ztg. Nr. 40). — Chirurgische Erfahrungen über das Darmkarzinom von Prof. v. Mikulicz (Arch. f. klin. Med. 69. Bd. 1 u. 2. H. — Schm. Jahrb. 278. Bd. 5. H.). — Über die Entzündung des Meckelschen Divertikels und die Gangrän derselben von Dr Denecke (Deutsche Zeitschr. f. Chir. — Schm. Jahrb. 277. Bd. 2. H.). — Die chirurgische Behandlung der Colitis ulcerosa chronica von Dr. Nehrkorn (Mitteil. a. d. Grenzgeb. 12. Bd. 2. u. 3. H. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 47). — Über penetrierende Bauchstich- und Schusswunden von Dr. Gebele (Münch. med. Wochenschr. Nr. 33. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 39). — Beitrag zur Anwendung des Murphyknopfes bei Magen- und Darmoperationen von Dr. Neuweiler (Arch. f. klin. Chir. 69. Bd. 4 H.). — Zur Narkose beim Ileus von Dr. Kausch (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 33.). — Zur Behandlung der Fissur und des Vorfalles des Mastdarmes von Prof. Czerny (Beitr. z klin. Chir. 37. Bd. 3. H. — Zentralbl. f d. ges. Ther. 5. H.).

Magenkrankheiten. Zur Diagnose der Magenerweiterung gehören nach Prof. Riegel zwei Faktoren, eine wesentliche Grössenzunahme des Organs und eine ungenügende motorische Leistung, eine sogenannte motorische Insuffizienz. Wenn auch nicht geleugnet werden kann, dass auf der Basis einer Atonie der Magenmuskularis eine Ektasie sich entwickeln kann, so ist doch von vornherein bei jeder hochgradigen Ektasie der Verdacht begründet, dass der Ektasie ein mechanisches Hindernis, eine organische Stenose am Pylorus oder in dessen Nähe zu grunde liegt. Die weitaus häufigste Ursache der Ektasien bilden mechanische Hindernisse; unter diesen wieder sind die wichtigsten Ulcusnarben, Karzinome und Ätznarben. Das Symptomenbild muss natürlich je nach dem Grade der Ektasie variieren. Das erste, worüber Kranke mit motorischer Insuffizienz und Ektasie in der Regel klagen, ist ein Gefühl von Spannung, Druck und Völle nach den Mahlzeiten. Andere klagen über Aufstossen, Sodbrennen, wieder andere über das Gefühl einer lebhaften Unruhe im Magen, die sich in manchen Fällen selbst bis zu wirklichen krampfartigen Schmerzen steigert. Der Appetit ist wechselnd; in der Regel ist er vermindert. Fast in allen höhergradigen Fällen begegnet man der Klage über vermehrten Durst. Das wichtigste Symptom der Ektasie ist das Erbrechen, das bei höhergradigen Ektasien kaum je gänzlich vermisst wird. In manchen Fällen bietet es gewisse Eigentümlichkeiten, die von vornherein den Gedanken an eine Ektasie nahelegen, so z. B. das Erbrechen sehr grosser Mengen, das Erbrechen von schon Tage vorher genossenen Speisen usw. Entscheidend für die Diagnose kann aber nur die objektive Untersuchung sein. Nicht selten ergibt

Digitized by Google

schon die Inspektion wichtige Anhaltspunkte, allerdings nicht bei fettreichen Menschen. Bei mageren Personen mit dünnen, schlaffen Bauchdecken dagegen sieht man bei höhergradigen Ektasien oft ohne weiteres die Konturen des vorgewölbten und erweiterten Magens und kann sie, wenn der Magen nicht leer ist, oft deutlich abtasten. Ein weiteres durch die Palpation festzustellendes Symptom ist das Plätschergeräusch. Finden wir Plätschergeräusche weit über die normalen Grenzen des Magens hinaus, finden wir solche innerhalb dieser abnormen Grenzen noch zu Zeiten, da ein gesunder Magen längst leer sein würde, also beispielsweise sieben Stunden nach der Mahlzeit oder morgens nüchtern, dann kommt ihnen eine diagnostische Bedeutung zu. Um die Grenzen und die Lage des Magens festzustellen, bedient man sich am besten der Aufblähung mittelst Kohlensäure oder Luft. Erstere Methode ist für die Praxis geigneter, weil sie nicht die Anwendung der Sonde nötig macht, weil sie keinen weiteren Instrumentenapparat erfordert. In der Regel gelingt es auf diese Weise, die Grösse und Form des Magens deutlich zu erkennen. Die Perkussion des Magens dient nur zur Bestätigung und Kontrolle der erwähnten Resultate; sie dient nur zur Bestimmung der Grösse des Magens, nicht dem Nachweise einer zugleich vorhandenen motorischen Insuffizienz. Letzterem kann sie indes auch insofern dienen, als es unter Umständen hiermit gelingt, die Anwesenheit von Flüssigkeit im Magen zu einer Zeit noch nachzuweisen, zu der der Magen leer sein sollte. Zu diesem Nachweis empfiehlt es sich, den Kranken abwechselnd im Stehen und Liegen zu untersuchen. Wenn man im Stehen nach abwärts perkutiert, so findet man bei stärkerer Füllung des Magens zunächst in den oberen Partien eine tympanitische Zone, die in der Höhe des Nabels oder etwas unterhalb oder auch schon höher oben von einer horizontal verlaufenden Dämpfungslinie begrenzt ist, die weiter unten in einer nach unten mehr oder minder konvexen Linie endigt, sich aber bei Rückenlage wieder aufstellt. Weitaus die wichtigste Untersuchungsmethode ist aber die diagnostische Ausheberung. Die Ausheberung, eine gewisse Zeit nach der Einnahme einer Mahlzeit vorgenommen, gibt uns Aufschluss, ob der Magen seiner Aufgabe, die Speisen rechtzeitig in den Darm weiterzuschaffen, gerecht geworden ist oder nicht. Zur Prüfung der motorischen Tätigkeit ist die Probemittagsmahlzeit geeigneter, als das Probefrühstück, schon darum, weil sie infolge der stärkeren Inanspruchnahme des Magens ein viel richtigeres Bild von dessen Leistungsfähigkeit gibt als das kleine Probefrühstück. Ein gesunder Magen ist sechs bis sieben Stunden nach Einnahme einer Probemittagsmahlzeit leer. Finden sich zu dieser Zeit noch mehr oder minder zahlreiche Speisereste, so beweist dies, dass die motorische Tätigkeit des Magens eine ungenügende war. Je mehr Speisereste sich im Magen noch vorfinden, ein um so höherer Grad der motorischen Insuffizienz liegt vor. In praxi geht man am besten in der Weise vor, dass man zunächst am Abend, sieben Stunden nach Einnahme der Mittagsmahlzeit aushebert. Finden sich dann noch zahlreiche Speisereste, so ist damit eine motorische Insuffizienz erwiesen. Man wäscht dann den Magen abends rein und lässt den Kranken eine einfache Abendmahlzeit nehmen. Am nächsten Morgen wird der Magen nüchtern wieder ausgehebert. Ist der Magen jetzt leer, so ist damit gezeigt, dass der Magen, der in sieben Stunden die Probemittagsmahlzeit nicht bewältigen konnte, doch im stande war, mit einer kleineren Mahlzeit, der Abendmahlzeit, in längerer Frist, in zirka 12 Stunden, fertig zu werden. Ein Nichtleersein des Magens am nächsten Morgen beweist natürlich einen höheren Grad der motorischen Insuffizienz. Was die Therapie der Ektasie betrifft, so ist die erste Aufgabe, die Diät zu regeln. Entgegen der bis in die jüngste Zeit fast allgemein üblichen Empfehlung der Trockenkost ist besonders die flüssige und flüssigbreiige Form der Nahrungsmittel empfehlenswert. Bei der Auswahl der Diät muss man stets in erster Reihe mit der motorischen Kraft rechnen und darum soweit als möglich fein verteilte, breiigflüssige, aber nahrhafte Kost wählen. Eine weitere Regel

Digitized by Google

ist, dass solche Kranke niemals grosse Mahlzeiten auf einmal zu sich nehmen sollen. Da der ektatische Magen bei aufrechter Körperstellung sich unter ungünstigeren Bedingungen befindet, als im Liegen, so sollen solche Kranke nach dem Essen längere Zeit liegen. Dem Zwecke der Kräftigung der Magenmuskularis bei Atonie dienen ferner der faradische Strom, sowie die Massage, ferner gewisse hydropathische Prozeduren, Duschen, insbesondere die Fächerdusche und die sogenannte schottische Dusche. Bei hochgradigen Ektasien, wo der Magen niemals vollkommen leer wird, wo auch morgens im nüchternen Zustande noch Speisereste vom Tage vorher sich vorfinden, gilt es ferner, den Magen zu entlasten, ihn zeitweise von seinem abnormen Inhalte zu befreien. Diesem Zwecke dienen die Magenausspülungen. Viele empfehlen, die Ausspülungen überhaupt nur morgens nüchtern vorzunehmen. Rationeller scheint aber die Ausspülung unmittelbar vor der Abendmahlzeit. Wenn vom Mittagessen nach sieben Stunden noch zahlreiche Rückstände vorhanden sind, dann scheint es doch besser, diese, die unter allen Umständen in Gärung begriffen sind, zu entfernen und erst dann in den ausgespülten Magen neue Nahrung zu bringen, als zu den alten Resten noch neue Nahrung hinzuzufügen. Eigentliche Medikamente kommen gegen die Ektasie als solche in der Regel nicht in Frage, sie dienen nur der Bekämpfung einzelner Symptome. In einer Anzahl von Fällen aber bleibt als einzige Möglichkeit zur Heilung oder Besserung ein chirurgischer Eingriff.

Dr. Crämer (München) hielt im letzten Wintersemester in den dortigen ärztlichen Fortbildungskursen Vorlesungen über Magen- und Darmkrankheiten, welche in Druck gelegt werden und von denen das erste Heft, enthaltend den wichtigen Abschnitt „Magenerweiterung" vorliegt. Bei der grossen Verwirrung, welche in ärztlichen Kreisen über den Begriff dieser Krankheit besteht, ist es von Interesse die Ansicht eines erfahrenen Praktikers zu vernehmen, der seine Definition folgendermassen formuliert. Die Vergrösserung des Organes mit und ohne Hindernis am Magenausgang und motorische Insuffizienz machen das klinische Bild der Magenerweiterung aus. Massgebend bleibt die motorische Insuffizienz. Ob eine Vergrösserung des Organes eintritt, hängt oft von Zufälligkeiten ab. Er stellt sich dadurch in Widerspruch mit Boas, welcher unter Ektasie einen Zustand versteht, bei dem dauernde Stagnation der Ingesta besteht und akzeptiert den Satz Fleiners, dass jeder erweiterte Magen motorisch insuffizient, aber nicht jeder motorisch insuffiziente Magen erweitert sei; in den meisten Fällen sei die motorische Insuffizienz die Vorstufe einer Magenerweiterung. Unter Atonie versteht er eine funktionelle Schwäche des Magens in seinem Nerven- und Muskelapparate. Bei beiden Arten der Dilatation muss eine Diät gewählt werden, welche an die motorische Kraft die geringsten Anforderungen stellt. Dieselbe deckt sich mit den bekannten Speisevorschriften für chronische Magenkranke (Magenkatarrhe). Autor verweist aber auch auf die neuen Untersuchungen von Pawlow, welcher festgestellt hat, dass Fleischextrakte eine mächtige Anregung auf die Absonderung des Magensaftes üben, daher bei Hyperazidität und Hypersekretion Fleischextrakte zu verbieten, dagegen bei Anazidität zu verordnen sind. Die Spülung des Magens zu diagnostischen Zwecken hält Autor in den meisten Fällen für unerlässlich.

Eine angenehme Beigabe zu dem vorstehenden Hefte ist der Aufsatz von Dr. Krecke, die chirurgische Behandlung der Magenerweiterung. Die Indikation zur Vornahme einer Magenoperation kann eine absolute und relative sein. Absolut ist sie bei sicher bösartigem Grundleiden, wenn die Operation, ohne grosse Gefahren zu bringen, eine wesentliche Besserung des Zustandes verbürgt. Relativ ist die Indikation bei einem chronischen, wenn auch gutartigen Grundleiden, falls trotz der angewandten inneren Mittel eine zunehmende Entkräftigung des Patienten sich beobachten lässt.

Dr. Crombie und Dr. Bockenham verwandten in 17 Fällen von atonischer Magenerweiterung mit

Digitized by Google

höchst befriedigendem Erfolge hochgespannte Wechselströme von hoher Frequenz. Das Leiden bestand einige Monate bis zu 15 Jahren, charakterisiert durch geringere oder beträchtlichere Dyspepsie und neurasthenische Erscheinungen. Die nervösen Erscheinungen waren in drei Fällen vielleicht die Ursache der Erkrankung, sonst waren sie ohne Zweifel sekundär durch die Ernährungsstörung bedingt. Mit der Beseitigung der Magendilatation verschwand auch die Neurasthenie, ausser in einem Falle, wo auch nach der Heilung der Magenerweiterung noch Dyspepsie bestand. Die elektrischen Ströme wirken direkt auf den Magen, wie sich durch die Bestimmung der Magengrenzen vor und nach der Applikation leicht nachweisen lässt. Eine derartige Wirkung hat noch kein anderes Mittel bewiesen. Die Zahl der Applikationen schwankte zwischen 10 und 20, länger brauchte die Behandlung nur einmal fortgesetzt zu werden. Allerdings bleibt die Frage noch offen, ob die erzielte Heilung auch eine dauernde ist. Der Erfolg der Behandlung beruht entweder auf einer direkt tonisierenden Wirkung der hochgespannten Wechselströme oder indirekt auf einer Vagusreizung. Neben den elektrischen Massnahmen kamen in allen Fällen auch diätetische zur Anwendung: Die Flüssigkeitsmenge wurde auf ein Minimum reduziert, erfahrungsgemäss schwer verdauliche Speisen wurden verboten, doch wurde der Nährwert der Nahrung nicht verringert. Das Flüssigkeitsbedürfnis wurde durch etwas heisses Wasser befriedigt, das aber mindestens ¾ Stunde vor dem Essen getrunken werden musste. Der angewandte Apparat war ein Ruhmkorff von 12 Zoll Funkenlänge. Als Unterbrecher diente ein gewöhnlicher Wagnerscher Hammer oder ein Quecksilberunterbrecher. Die Form der Elektroden war eine verschiedene.

Die Tetanie gehört nach Prof. Fleiner (Heidelberg) zu den gefürchtesten Komplikationen derjenigen schweren gastrischen Erkrankungen, die mit hochgradiger Stenose des Pylorus oder Duodenums und Gastrektasie einhergehen. Ihr Auftreten ist prognostisch ungünstig, da die Mortalität dabei noch über 70% hinausgehen kann. Wenn bei Gastrektasien das Körpergewicht und die täglichen Urinmengen trotz zweckmässiger Diät und Körperruhe abnehmen, so ist nach Autor die Gastroenterostomie indiziert, wenigstens bei gutartigen Stenosen. Dieses Stadium ist es, welches vor allen zur Tetanie prädisponiert; sie ist mit um so grösserer Wahrscheinlichkeit zu erwarten, wenn die mechanische Erregbarkeit der Muskeln und Nerven sich bei der Untersuchung als gesteigert erweist, wenn vor allem das Facialisphänomen und das Trousseausche Phänomen leicht auszulösen ist. Irgend eine erneute Störung, welche zu dem gekennzeichneten Stadium eines motorisch insuffizienten, zu Pylorospasmus und Hypersekretion neigenden Magens hinzutritt, kann den ersten tetanischen Krampfanfall vorbereiten, der dann, wie Fleiner hervorhebt, nicht selten durch profuses Erbrechen oder Magenausspülung ausgelöst wird. Kussmaul hat auf jene eigentümlichen konvulsiven Anfälle, die wir als Tetanie bezeichnen, zuerst hingewiesen und ihren tonischen Charakter hervorgehoben. Solche von leichten Zuckungen unterbrochene Krämpfe spielen sich ab in den Beugern der Arme, in den Wadenmuskeln und Bauchmuskeln, und können auch auf Gesichtsmuskeln, Kiefer- und Halsmuskeln übergehen, in schweren Fällen schliesslich auf die gesamte willkürliche Muskulatur, so dass dann ein dem Tetanus ähnliches Bild entsteht. Es gibt einseitige und symmetrische Tetanien. Symmetrisch pflegen vor allem die ersten Krampfanfälle zu sein, und alle durch profuses Erbrechen oder Magenspülungen hervorgerufenen Attacken. Fleiner betont besonders — gestützt durch Beobachtungen an etwa 30 Krampfanfällen — dass bei entwickelter Disposition zur Tetanie die willkürliche Innervation der Muskeln von grosser Bedeutung für die Auslösung eines Krampfanfalles ist. So sah er Anfälle ausgelöst werden an bestimmten Muskelgruppen dadurch, dass dieselben in erhöhtem Masse in Anspruch genommen wurden, so z. B. bei einer Frau an den Armen, nachdem sie sich in sitzender Stellung im Bette frisiert hatte usw. Autor hält bezüglich der

Digitized by Google

Frage nach der Entstehung der Disposition zur Tetanie bei Magenkranken an der alten Kussmaulschen Erklärung fest, die die rasche Bluteindickung und Austrocknung der Nerven und Muskeln dafür verantwortlich macht. Die Eindickung des Blutes infolge der starken Wasserverarmung erklärt auch die dabei gleichzeitig zu beobachtende Vermehrung von Hämoglobin und roten Blutkörperchen gegen die Norm. Daraus ergeben sich von selbst die Gesichtspunkte für die Behandlung der gastrischen Tetanie. Wo Pylorusverschluss, Hypersekretion und Überfüllung des Magens besteht, da soll der Magen so rasch und schonend als möglich ausgewaschen werden, bis er völlig entleert ist. Nach überstandenem Tetanieanfall soll er ausser Funktion gesetzt werden und rektale Ernährung eingeleitet werden (Fleischbrüh-Weinklysmen). Energische Flüssigkeitszufuhr geschieht durch Subkutaninjektion von steriler ½%iger Kochsalzlösung zweimal pro Tag je ½ l. Nach 24 bis 48 Stunden werden alle Stunde 50—100 g Vichywasser per os verordnet, bis die Operation ausgeführt werden kann; denn der Ausbruch der Tetanie ist, wie Fleiner angibt, eine dringende Mahnung zu möglichster Beschleunigung einer Operation, welche das Hindernis am Magenausgang oder Darmeingang beseitigt oder umgeht, d. h. zur Resektion oder Gastroenterostomie. Fleiner hat acht Fälle von gastrischer Tetanie beobachtet, davon sind sechs operiert worden, drei davon heilten, drei starben. Von den beiden übriggebliebenen Fällen war einer wegen zu grosser Schwäche nicht mehr operabel, der andere genass spontan. Mit diesen Erörterungen über die gastrische Tetanie decken sich auch die Beobachtungen Fleiners an einem interessanten Fall von intestinaler Tetanie; hier hatten profuse Diarrhöen die prädisponierende Wasserverarmung der Gewebe herbeigeführt.

Auf dem Schlesischen Bädertage hielt Dr. Rosenfeld (Breslau) einen Vortrag über Diätetik bei Magenkrankheiten. Nach seinen zahlreichen Erfahrungen behauptet Redner, dass das Fett, die für Magenleiden am meisten verschrieene Substanz, für alle Magenkatarrhe, ja für alle Magenleiden die weitaus bekömmlichste Substanz ist. Bezüglich der Getränke behauptet Rosenfeld, dass sie alle schaden. Speziell wirkt jede Zufügung von Wasser in zweifacher Rücksicht störend, einmal erzeugt sie eine Belastung der Magenwand, und zweitens vermehrt sie die Ansprüche an die so leicht lädierbare Funktion des Magens, an seine Motilität. Darum darf auch das Wasser in einem Magendiätzettel nicht eine Stelle haben. Um nun den Durst der Kranken zu löschen, der übrigens bei reichlichem Fettgenusse nicht gross ist, genügt es, noch ein Glas Tee zuzulassen, das, schluckweise getrunken, der Aufgabe, den Durst zu stillen, leidlich genügt. Gewiss ist Tee auch kein Förderer der Magenleistungen, aber anscheinend eher als Wasser. Die Frage ob Trockendiät oder nicht, trifft nicht den Kern der Sache: es handelt sich um wasserlose Diät. Rosenfeld hält im Gegensatze zu anderen Autoren sechs Stunden auseinander liegende Mahlzeiten für geboten. Für Hyperacide und für Anacide gibt er folgende Speisezettel an:

1. Speisezettel für Hyperacide.

Morgens: Tee mit Milch und Zucker, Fleisch, Eier mit Butter, ½ l Sahne.

Mittags: Fleisch mit fetter Sauce, 1—2 Kartoffeln oder geringste Mengen Gemüse, Eierkuchen ohne Mehl, ½ l Sahne.

Nachmittags: Tee mit Milch und Zucker.

Abends: 100 g Weissbrot mit Butter, Fleisch oder Eier oder Käse, ½ l Sahne.

Die Kohlenhydrate, welche wir dem Hyperaciden weder ganz entziehen, noch ohne Not per rectum geben wollen, werden zweckmässig in ihrer Hauptmenge auf diejenige Mahlzeit geschoben, welche die längste Pause nach sich zieht, nämlich das von 12stündiger Essensruhe gefolgte Abendessen.

2. Speisezettel für Anacide.

Morgens: Tee mit Milch und Zucker, Weissbrot mit viel Butter, ½ l Sahne.

Digitized by Google

Mittags: Wenig Fleisch, Kartoffeln, Gemüse, Kompot, Mehlspeise, ½ l Sahne.
Nachmittags: 1 Glas Tee mit Milch und Zucker, Kuchen.
Abends: Weissbrot mit viel Butter, Kompot, eventuell Obst, ½ l Sahne.
Getränk bei beiden Arten höchstens noch 1—2 Glas Tee.

Nur das gleichzeitige Bestehen eines Darmkatarrhes hält Rosenfeld für eine Kontraindikation der Fettdiät. Da muss unbedingt erst der Darm durch die geeignete Diät beruhigt werden, und erst nach der sicheren Gewöhnung des Darms an Milch kann und soll seine Magendiät eingeleitet werden. Sonst aber gibt es vom geringsten Magenkatarrh bis zum Ulcus, zur Pylorusstenose und Ektasie, ja bis zum Karzinom keine Erkrankung, in der er Fett nicht für das Beste hielte. Wenn eine mechanische Stenosierung auch durch die obige Diät nicht gehoben wird, wie beim Karzinom, so geht es mit dieser Diät den Patienten meist noch besser, als mit jeder anderen. Die schlimmsten Ektasien werden unter solcher Diätetik besser und besser, sie bedürfen oft gar keiner Magenwaschungen, hier und da nur ganz seltener Vornahme der Auswaschung von Resten. Mitunter hat Rosenfeld bei ganz verzweifelten Fällen von Ektasie noch auf folgende Art gute Resultate erzielt. Die Patientinnen konnten nicht ohne Ausspülungen existieren, hauptsächlich wegen der typischen Schlaflosigkeit bei Magenrückständen. Dann wurde der Diätzettel geändert, dass die Patienten ihre ganze Nahrung (1½ l Sahne, Eier, Fleisch, Zucker) von morgens bis etwa 1 Uhr mittags einnahmen, dann ohne jede Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr verblieben, bis sie am späten Abend (10 Uhr) sich ihre Ausspülung machten. So führten sie das Maximum von Nahrung ihrem Darm zu und konnten sich bei ruhigem Schlaf weiter und weiter erholen, so dass zwei dieser Frauen später wochenlang nicht mehr auszuspülen brauchten und die eine mit Anacidität sogar wieder HCl reichlich zu bilden begann. In einem Falle wird die Eiweiss-Fett-Diät nicht ohne weiteres in der obigen Form angewendet, sondern eine mehrtägige, meist viertägige reine Sahnendiät vorausgeschickt nämlich bei Magenschmerzen. Es genügt diese symptomatische Indikationsstellung, denn ob die Schmerzen von Hyperacidität, von Ulcus oder von ähnlichem herrühren, ist ohne Bedeutung. Bettruhe und dreimal ½ l Sahne sind ausreichend, die allermeisten Magenschmerzen zur Ruhe zu bringen. Gewöhnlich ist nach 24 Stunden schon Schmerzfreiheit eingetreten. Eben dieselbe Diätsahnenkur und Bettruhe setzt Redner an Stelle der Karenz, die v. Leube für die blutenden Ulcera empfiehlt. Es sei doch viel rationeller, dem Magen eine ganz unschädliche Substanz einzuführen, welche seine HCl wie ein Schwamm aufnimmt, nämlich das Kasein und andererseits den Hauptfaktor zu verwenden, der die Salzsäuresekretion so niedrig hält wie möglich — das Fett. Auf diese Weise wird — wenn solche konstruierte Vorstellungen, die durch nichts besseres bis jetzt ersetzt werden können, zulässig sind — das Ulcus dem deletären Einflusse der HCl am ehesten entzogen. Zugleich haben damit die Hunger- und Durstqualen und die Schmerzen ein Ende. Von Arzneimitteln wird nur Arg. nitr. und eventuell Orthoform angewendet. Zugleich ordiniert Rosenfeld Apenta oder Sal. Carol., um für guten Stuhl zu sorgen. Vorkehrungen für die Defäkation dürfen nicht ausser Acht bleiben, da leicht einmal der Kot so fest werden kann, dass man das Rektum von Scybalis mit der Hand evakuieren muss.

Das klinisch reine, unkomplizierte Bild des Magensaftflusses hält Prof. Strauss (Berlin) dann für gegeben, wenn sich im nüchternen Magen mehr als ca. 30 ccm echten Magensekrets vorfinden, welches die Kriterien einer ausgesprochenen Motilitätsstörung vermissen lässt (Fehlen von Sarcine und von Hefe in Sprossung, negativer Ausfall der Brutofengärungs- und der Korinthenprobe). Was die Ätiologie betrifft, so sind die akuten und intermittierenden Fälle zwar meist nervösen Ursprungs (Vorkommen bei Tabes und schweren funktionellen Neurosen), doch kann auch ein lokal, vielleicht durch Stenosierung veranlasster Reizzustand gegeben sein. Die chronische

Digitized by Google

Form der Gastrosuccorhöe ist ebenfalls als Folge eines irgendwo am sezernierenden Apparate des Magens lokalisierten Reizzustandes aufzufassen. Dieser Reizzustand kann intraventrikulären Ursprungs sein, kann durch eine Motilitätsstörung veranlasst werden (es liegt aber nicht eine einfache Sekretretention vor, denn der Magensaftabfluss kann die Motilitätsstörung überdauern); oft ist er die Folge eines Ulcus ventriculi, das seinerseits wieder durch die Hypersekretion ungünstig beeinflusst wird; von extraventrikulären Quellen des Reizzustandes kommt die neurogene und vielleicht auch hämatogene in Betracht. Therapeutisch empfiehlt Verfasser: a) Entleerung des Magens mittelst des Schlauches; nur bei vorhandener Motilitätsstörung schliesse man Spülung an und entleere den Rest unter Beckenhochlagerung. b) Einige Wochen fortgesetzte Eiweissfettdiät (Milchfett, Öle); kleine häufige Mahlzeiten; Rektalernährung, eventuell typische Ulcuskur. c) Medimente: Alkalien, eventuell Argentum nitricum, Wismut; bei Paroxysmen: Atropin. d) In letzter Linie Operation (Gastroenterostomie).

Dr. Campo (Madrid) unterscheidet ätiologisch drei Arten von Hyperchlorhydrie des Magensaftes: 1. auf der Basis einer konstitutionellen Disposition, 2. als nervöse Funktionsanomalie, 3. infolge anatomischer Erkrankung der Magenschleimhaut. Im Einzelfall erweist sich deshalb die Behandlung meist als sehr schwierig und kann nur eine symptomatische sein. Vor allem müssen Reizmittel (Alkohol, Gewürze usw.) verboten werden. Alkalien sind das beste Beruhigungsmittel der Schmerzen. Die Gastroenterostomie empfiehlt sich in Fällen, welche mit mechanischer Insuffizienz und Dilatation des Magens einhergehen, und in allen Fällen, welche bei interner Therapie, wozu auch eine strenge Diät gehört, sich nicht bessern.

Prof. Maragliano (Genua) hält die Hyperchlorhydrie stets für ein funktionelles Leiden, für eine Sekretionsanomalie, für deren Diagnose der Wert der quantitativen Salzsäurebestimmung sehr überschätzt worden sei. Ein operativer Eingriff sei immer falsch!

Die Fetttherapie eignet sich nach Dr. Fischl (Prag) nicht für alle Fälle von Hyperacidität des Magens und muss sich dieselbe individuell gestalten. Die von Cohnheim empfohlene Darreichung von Olivenöl hat eine Anzahl von Kranken zur Heilung gebracht, bei anderen versagte es ganz, andere hatten eine unüberwindliche Abneigung gegen das Öl. Von letzteren wurde ein Teil erfolgreich mit Pegninfettmilch behandelt. Das Pegnin (reines unzersetzliches Labferment) ruft eine sehr feinflockige Kaseinausscheidung hervor und fördert damit im hohen Grad die Ausnützung und damit den Nährwert.

Wie Dr. Zweig (Wien) auseinandersetzt, gibt es kein spezifisch wirkendes medikamentöses Mittel gegen die nervöse Dyspepsie. Trotzdem wendet man eine ganze Reihe von symptomatisch wirkenden Medikamenten in vielen Fällen mit gutem Erfolge an. Hierher gehören vor allem die Alkalien, welche zur Abstumpfung der überschüssigen Säure bei Hyperacidität oft unentbehrlich sind. Im Falle heftiger Schmerzen mengt man dieselben mit Codeinum phosphoricum oder mit Extractum Belladonnae. Man verschreibt ein Schachtelpulver:

Rp.: Natr. citric. 20,0
Magnes. ust. 10,0
Codein. phosph. 0,15.

M. D. S. Dreimal täglich eine Messerspitze voll.

Man soll die Alkalien nicht unmittelbar nach dem Essen reichen, sondern sich dabei ganz nach dem Auftreten der Schmerzen richten. Man lässt das Pulver unmittelbar vor dem Zeitpunkt nehmen, wenn erfahrungsgemäss bei dem Kranken die Schmerzen zu beginnen pflegen. Meist ist das 1—11/2 Stunden nach dem Essen der Fall. Trotz oft jahrelanger Anwendung sah Autor von der Zuführung mässiger Dosen von Alkali nie einen Schaden und es ist die Furcht vor einer hierdurch bewirkten Verschlimmerung des Leidens zweifellos übertrieben. Bei nervöser Anacidität, respektive Achylia gastrica, verordnet man grosse Dosen von Salzsäure, am besten dreimal täglich vor und nach dem Essen zehn Tropfen von Acidum muriaticum dilatum. Häufig werden

Digitized by Google

die Diarrhöen im Verlaufe der Achylia gastrica durch die Salzsäuretherapie in vorzüglicher Weise beeinflusst. Als sekretionsbeschränkendes Mittel hat sich Autor bei nervöser Hypersekretion die Belladonna auf das beste bewährt. Man wendet dieselbe in Form von Suppositorien (0,02 g pro dosi, dreimal täglich) oder in Form der Tinct. belladonnae an. Zahllos sind die gegen nervöse Anorexie empfohlenen Präparate, doch kann man keinem einzigen eine mehr als rein suggestive Wirkung nachsagen. Eine passend zusammengesetzte Diät, sowie schmackhafte Zubereitung der Speisen, sind weit eher im stande, appetiterregend zu wirken; trotzdem wird man gut tun, dem Suggestivbedürfnis der Patienten durch Verschreibung eines Stomachikums nachzugeben. In besonderem Ansehen steht das Extract. fluid. condurango und das Extract. fluid. belae indicae, von denen man dreimal täglich einen Kaffeelöffel vor der Mahlzeit nehmen lässt. Gegen die Hyperästhesien mancher nervöser Dyspeptiker verwendet man das Validol (dreimal täglich 2—3 Tropfen) mit recht gutem Erfolg. Dieselben Dienste leistet gewöhnlich das bedeutend wohlfeilere Menthol. Treten neben den lokalen Magenbeschwerden auch allgemeine nervöse Krankheitssymptome auf, so wird man Brompräparate, oft auch Schlafmittel (am besten Hedonal, 2,0 g abends zu nehmen) anwenden. Die eben besprochenen Medikamente können selbstredend keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben, da das vielgestaltige Krankheitsbild der nervösen Dyspepsie den wohlgefüllten Rezeptenschatz selbst des gewiegtesten Praktikers zu plündern pflegt. Viele Kranke empfinden es dann als wahre Wohltat, wenn man sie von den zahllosen Tropfen und Pulvern erlöst und eine rationelle diätetische und physikalische Behandlung einleitet.

Ein beweiskräftiges Symptom des Ulcus ventriculi sieht Dr. Boas (Berlin) in den Nachweis von Blut in den Fäces. Selbstverständlich müssen alle anderen Ursprungsmöglichkeiten bei positivem Ausfall der Blutreaktion ausgeschlossen werden. (Hämorrhoiden, Dickdarmkatarrh, Diät, Zahnfleischblutungen u. a.). Die Methotik der Stuhluntersuchung auf occultes Blut ist sehr einfach, so dass auch der Praktiker die Prüfung ohne weiteres vornehmen kann. Etwa 5—10 g Stuhl werden, wenn breiig so ohne weiteres, wenn hart, nach Verdünnung mit Wasser verarbeitet. Man setzt dem Untersuchungsmateriale zunächst etwa 20 ccm Äther zu, um die Fette des Kotes aufzunehmen und störende Emulsionen bei der späteren Behandlung zu vermeiden. Sodann fügt man 3—5 ccm Eisessig zu, giesst das Ganze in ein Reagensglas und extrahiert nochmals mit Äther. Dem Äther werden dann einige Körnchen gut pulverisierten Guajakharzes zugesetzt, worauf sorgfältig geschüttelt wird, und 20—30 Tropfen verharzten Terpentinöls zugefügt werden. Nach kurzem Schütteln und Stehenlassen bildet sich, wenn Blut vorhanden ist, allmählich eine Violett- bis Blaufärbung aus, die durch Zusatz von Chloroform noch deutlicher ausfallen kann.

Prof. Lenhartz (Hamburg) weist in einem im dortigen ärztlichen Vereine gehaltenen Vortrage zunächst auf die Verdienste Leubes hin, dem namentlich äusserst sorgfältige Vorschriften bei der Behandlung Magengeschwürskranker zu danken seien. Unzweifelhaft beherrschten seine Grundsätze seit mehr als zwei Jahrzehnte das ärztliche Denken und Handeln bei der Beratung solcher Kranker. Noch auf dem letzten Chirurgenkongress habe Leube seine Verordnungen in fast dogmatischer Weise festgelegt und betont, dass man nur dann Erfolg erwarten könne, wenn man sich peinlich an diese Vorschriften hielte. Fleiner erlaubt in den ersten Tagen nach einer Blutung keinerlei Zufuhr durch den Mund und beginnt erst nach mehreren Tagen mit strengster Milchdiät, die in kleinen Einzelgaben geboten wird und erst nach 2—3 Wochen auf 250 cbcm mit 2—2½stündigen Pausen ansteigt und von der vierten bis zur sechsten Woche in diesen Grenzen beschränkt bleiben soll. Erst nach Ablauf der vierten Woche wird der erste Versuch mit Fleisch gemacht und zwar zuerst nur Geflügel mit etwas Kartoffel oder Reisbrei gestattet, während man erst nach der sechsten Woche mit rotem Fleisch beginnen darf. Nachdem

Digitized by Google

Lenhartz darauf hingewiesen, dass die strenge Milchdiät schon von Cruveilhier empfohlen, bespricht er die Bedenken, die sich ihm schon seit etwa 11 Jahren gegen die Richtigkeit dieser Behandlungsmethoden aufgedrängt haben. Nach seiner Überzeugung ist es durchaus fraglich, ob 1. nach einer Blutung eine längere Abstinenz bezw. die künstliche Ernährung geboten ist und 2. ob bei der Behandlung jedes Ulcus bezw. einige Wochen nach einer Blutung immer noch die beliebte Unterernährung zweckmässig ist. Unzweifelhaft steht die Behandlung wie man sie den ausgebluteten Magengeschwürskranken bisher angedeihen lässt, in vollem Widerspruch zu den Massnahmen, die man sonst zur Hebung des bedrohlichen Ernährungs- und Kräftezustandes nach schweren Blutverlusten anzuwenden pflegt. Beim Ulcuskranken beginnt man zunächst mit völliger Abstinenz, dann mit den fragwürdigen Nährklistieren und setzt wochenlang eine auffällige Unterernährung fort; bei den andersartig Verbluteten sucht man durch sorgfältigste Massnahmen die Hebung der Kräfte anzustreben. Und darüber, dass bei dem bisherigen Verfahren bis in die vierte oder gar sechste Woche hinein noch eine erhebliche Unterernährung stattfindet, kann kein Zweifel bestehen. Sind wir dabei auf dem rechten Wege? Hat man nicht vielmehr die Pflicht, zumal als Krankenhausarzt, eine schnellere und dauernde Hebung der Kräfte anzustreben? Lenhartz verneint die erste Frage und führt an der Hand von 60 eigenen Beobachtungen von blutenden Ulcuskranken den Nachweis, dass die bisher geübte strenge, bezw. übertriebene Schonung des Magens nicht geboten sei, und dass man bei zeitigerer Zufuhr eiweissreicher Kost auch in den Fällen von Ulcus nicht schade, bei denen eine Blutung unmittelbar vorausgegangen sei. Lenhartz wurde zu seinen von der bisherigen Lehre abweichenden Ernährungsversuchen vor allem auch durch die Überlegung geführt, dass in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle beim Ulcus Hyperacidität bestehe und wohl mit Recht angenommen werden könne, dass ein Magengeschwür rascher heile bei rascher gekräftigten als unterernährten Menschen. Und dies hielt er ganz besonders bei den dem Krankenhaus zugeführten Patienten für geboten. Schon die ersten 11 Jahre zurückliegenden Versuche erbrachten den Beweis, dass blutende Ulcuskranke bei seiner Diät rascher die Schmerzen verloren, oder, wenn sie bei Beginn schmerzfrei waren auch während der ganzen Kur schmerzfrei blieben. Lenhartz war daher auch niemals genötigt, bei seinen Kranken nebenher irgend welche schmerzstillenden Mittel zu geben, und während er anfangs erst am zweiten oder dritten Tag nach der Blutung Ei oder Milch einzuführen wagte, ist jetzt an etwa 40 Fällen von blutendem Ulcus erwiesen, dass man schon wenige Stunden nach selbst starker und wiederholter Blutung getrost Eier geben kann, ohne dass der geringste Nachteil erfolgt. Im einzelnen gestalte sich seine Behandlung in der Weise, wie aus der auf Seite 199 untenstehenden Tabelle ersichtlich sei. — Die rohen Eier werden gut verrührt und dann teelöffelweise ebenso wie die Milch geeist gegeben; mit der letzteren wird absichtlich nur langsam gestiegen, weil bei reichlicherer Zufuhr die peinlich zu verhütende Dehnung des Magens begünstigt wird. Dabei wird strenge Bettruhe bei blutendem Geschwür möglichst für vier Wochen und die Eisblase in den ersten 10 Tagen angewandt. Von Medikamenten kamen anfangs Bismut in Dosen, die schon der grosse Trousseau empfohlen (dreimal 2,0 g), in Anwendung. Von Morphium und Opium wird grundsätzlich abgesehen; in Fällen von chronischem Ulcus mit ausstrahlenden Schmerzen sei einmal Argent. nitr. mit gutem Erfolge gegeben worden. Bei starker Blutarmut kommen Blaudsche und asiatische Pillen in Betracht. Über die Erfolge sei erwähnt, dass von den 60 Kranken 35 während der ganzen Kur ohne Schmerz blieben, dass dieser bei 12 vom 2.—3. Tag, bei 6 zwischen 4.—5., bei 5 zwischen 7.—8. Tag, bei 1 vom 14. Tage an schwand, und dass nur einer mit chronischem Ulcus behafteter Fall allein bei Druck Schmerz behielt. In allen Fällen liess ferner das Erbrechen rasch nach, und von sämtlichen Kranken, die, wie noch einmal hervorgehoben sein mag, vor der Aufnahme z. T. mehrfach

Digitized by Google

geblutet hatten, ist nur einer gestorben. Hier handelte es sich um einen Fall mit drei Magen- und zwei Duodenalgeschwüren, bei dem, wie die Sektion zeigte, auch jeder operative Eingriff erfolglos geblieben wäre. Nur bei vier Kranken erfolgte während der neuen Kur eine einmalige Wiederholung der Blutung, was den mit der Klinik des Magengeschwürs nicht genauer Vertrauten stutzig machen könnte. Zu seiner Beruhigung wird von Lenhartz betont, dass drei der 60 Kranken bei der anfänglich eingeleiteten Leubekur ebenfalls von Blutungen befallen wurden, und dass diese sich nach Einleitung des neuen diätetischen Verfahrens nicht wiederholten; ausserdem ergebe ein Rückblick auf die in früheren Jahren in Eppendorf nach strenger Leubekur behandelten Fällen, dass allein bei 25 Fällen aus den Jahren 1899 und 1900 sechs Kranke z. T. von schwersten und wiederholten Blutungen betroffen worden sind und von 100 mit blutendem Ulcus in den Jahren 1896—1900 aufgenommenen Kranken während der Leubekur 20 von neuem geblutet haben. Lenhartz illustriert seine Ausführungen durch verschiedene früher gemachte Erfahrungen und hebt besonders einen Fall hervor, bei dem trotz ausschliesslicher Behandlung mit vorsichtig geleiteten Nährklistieren eine neue tödliche Blutung nicht verhütet werden konnte. Auch wird an einem anderen Fall gezeigt, dass trotz der Nährklistiere in Abständen von 12 Tagen dreimal neue Blutungen und bedrohliche peritonische Erscheinungen einsetzten, während bei dem neuen Verfahren rasche Beruhigung, Nachlass der Schmerzen und rapide Besserung des Kräftezustandes und Gewichtes (22½ Pfund in fünf Wochen) folgten. Dass die Erholung bei allen seinen Kranken wesentlich rascher vor sich ging, war für jeden, der die Fälle mit beobachtete, zweifellos. Nachdem Lenhartz noch kurz die Frage der endgültigen Heilung des Magengeschwürs erörtert hat, berührt er zum Schluss die Fragen, für welche Fälle ein operatives Eingreifen wünschenswert oder geboten sei. Nach seiner Überzeugung möchte er in völliger Übereinstimmung mit Leube, Körte u. a. von jeder Operation während oder unmittelbar nach einer profusen Blutung abraten. Dagegen wird man bei öfter wiederkehrenden Blutungen sehr wohl die Frage eines operativen Eingriffs erwägen können. Unbedingt geboten scheint Lenhartz der sofortige Eingriff bei der akuten Perforation. Dass die Chirurgie hier Triumphe feiert, wenn die Fälle in den ersten 12 Stunden zur Operation kommen, ist erwiesen. Jenseits von 24 Stunden sind die Aussichten aber sehr zweifelhaft und Abwarten mindestens ebenso ratsam. Dass bei subphrenischem Abszess und Ulcusstenose die Operation geboten ist, bedarf keiner weiteren Erörterung.

	Tage nach letzter Hämatemese													
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.
Eier	2 eingeschlagen	3	4	5	6	7	8 4 geschlagen 4 gekocht	8	8	8	8	8	8	8
Zucker zum Ei	—	—	20	20	30	30	40	40	50	50	50	50	50	50
Milch	200 (geeist	300	400 löffelweise	500	600	700	800	900	1000)	1000	1000	1000	1000	1000
rohes Hack	—	—	—	—	—	35	2×35	2×35	2×35	2×35	2×35	2×35	2×35	2×35
Milchreis	—	—	—	—	—	—	100	100	200	200	300	300	300	300
Kaffeebrot (Zwieback)	—	—	—	—	—	—	—	20 = 1 Stück	40	40	60	60	80	100
Rohschinken	—	—	—	—	—	—	—	—	—	50	50	50	50	50
Butter	—	—	—	—	—	—	—	—	—	20	40	40	40	40
Kalorien	280	420	637	777	955	1135	1588	1721	2138	2478	2941	2941	3007	3073

Digitized by Google

Die von Prof. Einhorn (New-York) bei Magen- und Duodenalblutungen eingeschlagene Therapie gipfelt in Bettruhe, Enthaltung der Nahrung und Darreichung von Eis. Von den neueren Mitteln hebt Autor besonders die Gelatine und das Adrenalin hervor. Erstere wird per os oder häufiger subkutan angewandt. Man benutzt etwa 100 ccm einer 2%igen Gelatinelösung, die man in die Glutäalgegend einspritzt. Wenn man Gelatine per os geben will, so kann man einfach Fleischgelee benutzen. Persönlich zieht er die subkutane Methode vor, da sie keine Magenperistaltik hervorruft. Er hat mehrere Fälle von heftiger Magenblutung unter der Gelatinebehandlung sich bessern sehen und kann diese Behandlungsmethode warm empfehlen. Autor hat einige Versuche mit Adrenalin an Kaninchen gemacht, die scheinbar beweisen, dass der Wert des Adrenalin zur Blutstillung — auch bei Magenblutung — ein grosser ist. Praktisch hat er das Adrenalin-Chlorat (1 : 2000) eine Pravaz-Spritze voll subkutan in zwei Fällen von Magenblutung mit anscheinend gutem Erfolg angewandt. Er hat ferner versucht, in einem Falle von altem Ulcus mit häufig wiederkehrenden kleinen Blutungen, wo der Patient an Lavage gewöhnt war, den Magen mit etwa 8 ccm einer Lösung von Adrenalin-Chlorat (1 : 5000) auszusprayen. Die Blutung konnte jedoch nicht ganz zum Stillstand gebracht werden. Das Adrenalin verursachte in diesem Falle Brechreiz und Kopfweh. Das Mittel muss noch weiter klinisch geprüft werden, ehe sein Wert bei Magen- und Darmblutungen sich feststellen lässt. Häufig wiederkehrende Blutungen trifft man öfter bei Magenkrebs an; sie kommen jedoch, obgleich seltener, auch bei alten Magengeschwüren vor. Sind diese Blutungen nicht sehr klein, so bedrohen sie das Leben dadurch, dass sie allmählich die Konstitution untergraben. In diesen Fällen muss man die Behandlung darauf richten, alle Anstrengungen zu vermeiden, eine rationelle Ernährung des Patienten mit leichtem, aber nahrhaftem Material einzuführen und von Eisen, Arsenik und Knochenmark Gebrauch machen. Gelatine und Nebennierenextrakt oder Adrenalin innerlich können auch versuchsweise angewandt werden. Die Indikationen für den chirurgischen Eingriff bei Gastro-Duodenalblutungen sind nach Einhorn die folgenden: 1. Profuse Blutungen, die in verhältnismässig kurzen Intervallen (2 bis 3 Tagen) wiederkehren, erheischen sofort die Operation. 2. Profuse Magen- und besonders Duodenalblutungen, die fast regelmässig ein- oder zweimal jährlich auftreten und jedesmal das Leben des Patienten stark gefährden, erfordern eine Intervall- oder prophylaktische Operation, um die Rückkehr der Blutung zu vermeiden. 3. Häufigere kleinere Blutungen des Magens oder Duodenums, die den Patienten stark schwächen und nicht durch rationelle Behandlung gestillt werden können, machen oft einen operativen Eingriff nötig. Auch hier ist gewöhnlich eine Gastroenterostomie angezeigt.

Dr. Rolleston (London) empfiehlt folgende Behandlung des runden Magengeschwüres. Im akuten Stadium, wie es sich zumeist bei jungen Weibern findet, ist vollkommene physiologische Ruhestellung des Magens angezeigt. Selbst Wasser und Eis, das häufig erlaubt wird, soll fortbleiben, da der Magen dasselbe nicht absorbiert, sondern wie alle andere Nahrung in den Darm treibt. Er verordnet vier oder mehr Klistiere von je 300 bis 600 ccm; dieselben enthalten Ochsenserum mit Stärke und Glukose oder auch Leubesche Fleischsolution. Die Klistiere werden 10 bis 14 Tage lang gegeben und während dieser Zeit wird jede Nahrung per os verboten. Um Darmreizung zu verhüten, wird der Mastdarm täglich mit lauem Wasser ausgespült. Rolleston glaubt, dass nur wenig Nahrung vom Rektum aus aufgenommen wird, und dass man die Kranken ebenso gut bei Kräften erhält (oder besser gesagt ebenso schlecht), wenn man statt der Nährklistiere nur reichliche Wassereingiessungen macht. „Die Nährklistiere befriedigen mehr den Geist wie den Körper.“ Sehr wichtig ist eine sorgsame Mundpflege während dieser Zeit. Sobald die Reizbarkeit des Magens nachgelassen hat, ist Eisen das beste Mittel. Bei den mehr chronisch verlaufenden Fällen, die man häufiger bei Män-

Digitized by Google

nern jenseits der 30 er sieht, sollte man stets einen Versuch mit Jodkali machen, da es sich oft um Lues handelt. Solange Erbrechen besteht, muss jede Nahrung per os unterbleiben. Bei Blutungen gibt er per os Adrenalin, per rectum 4,0 Chlorcalcium. Ein chirurgischer Eingriff ist nur angezeigt bei sich häufig wiederholenden Blutungen sowie bei Perforation des Geschwüres. Bei chronischen Geschwüren kommen Operationen noch in Betracht bei andauernden Schmerzen (Adhäsionen), bei Pylorusstenose und bei häufig rezidivierenden Blutungen. Stets muss genügende interne Behandlung vorausgegangen sein.

Dr. Dawson (London) empfiehlt bei Magenblutungen warm die rektale Einverleibung von 4,0 Calciumchlorid zweimal täglich drei Tage lang. Bei schweren Fällen gibt er die doppelte Dosis. Adrenalin verwirft er, da es zwar bei kapillärer und venöser Blutung helfen kann, bei arterieller aber schaden muss und man nicht diagnostizieren kann, woher die Blutung stammt.

Bezüglich des chirurgischen Eingreifens bei Ulcus ventriculi vertritt Dr. Henschen (Stockholm) folgenden Standpunkt: Auch im drohenden Fall einer Magenblutung ist es das klügste, exspektativ zu behandeln. Bei lebensgefährlicher Blutung soll, wenn irgend möglich, diese Behandlung im Hause stattfinden, die Überführung in ein Krankenhaus unterbleiben. Hervorgehoben wird ferner der Satz Leubes: Bei schweren akuten Blutungen kommt der Chirurg nicht dazu, operieren zu können, bei akuten sowohl als auch wiederholten Blutungen heilt das Geschwür oft von selbst, bei denen, welche erliegen, kann die Operation auch nicht oft rettend eingreifen. Auch die Heftigkeit der Schmerzen kann bei Ulcus unter Umständen eine Operation bedingen und rechtfertigen.

Dr. Schulz (Breslau) hat 157 durch Blutung und Schmerz sichergestellte, nach Ziemssen-Leube behandelte Fälle von Ulcus ventriculi durch Fragekarten — mindestens 6 Monate nach der Entlassung — kontrolliert und berechnet daraus 64% Dauererfolge, 18% temporäre Misserfolge oder Rezidive, 10,4% ungeheilte bezw. verschlimmerte und 7,6% Todesfälle. Der Quotient der Mortalität lässt es dringend wünschenswert erscheinen, andere Wege zur Heilung zu suchen. Schulz mahnt, auch günstig sich anlassende Ulcusfälle nicht zu früh zu entlassen und bei zögernder Heilung an etwaige Komplikationen zu denken.

An der Hand von 3 Fällen von Sitophobie weist Prof. Einhorn (New-York) nach, dass infolge geringfügiger Beschwerden von seiten des Verdauungstraktus manche Personen ihre Nahrungsaufnahme derartig reduzieren, dass sie immer mehr von Kräften kommen und daraus allerlei nervöse Erschöpfungszustände resultieren. Die Therapie beruht auf Verordnung einer allmählich ansteigenden, vorsichtig eingeleiteten Überernährung; bei Beginn der Behandlung ist es ratsam, die Empfindlichkeit des Digestionsapparates durch Medikamente wie Brom herabzusetzen.

Dr. Schuppenhauer (Berlin) hat die Winternitzsche Methode in vielen Fällen von Magenleiden mit bestem Erfolge angewandt, wo andere Mittel nicht zum Ziele führen wollten. Die kleine, mit geringen Kosten herzustellende Vorrichtung, deren man zu dieser Prozedur bedarf, besteht aus mehreren Metern dünnen Gummi- oder besser Duritschlauches von etwa 5 mm Lumen, den man in dicht aneinander liegenden Kreistouren, deren grösste ca. 20 cm Durchmesser hat, uhrfederförmig auf ein Stück Wachstuch aufnäht. Dabei muss als Zu- resp. Abflussrohr etwa 1½ m Schlauch beiderseits stehen bleiben. Der zuführende Teil wird mit einem Sauger oder einem Stückchen Metall beschwert, der abführende Teil zwecks Vermeidung der Knikkung durch ein Loch, das sich ungefähr in der Mitte des Wachstuches befindet, auf die andere Seite geführt. Zur Applikation des Winternitzschen Magenmittels wird, um die Bettwäsche nicht zu durchnässen, ein Stück Gummituch ausgebreitet, auf das ein mehrfach zusammengelegtes trockenes Laken kommt, das dem Patienten von den Achselhöhlen bis zu den Knieen reichen soll. Darauf wird ein in kühles Wasser getauchtes, gut

Digitized by Google

ausgerungenes Laken von etwa handbreit geringerer Länge als das erste gelegt. Der Patient legt sich nun so darauf, dass das trockene Tuch mit den Achselhöhlen abschneidet. Es wird jetzt das feuchte Tuch um den Körper des Patienten geschlagen und der Magenschlauch so eingefügt, dass zwei, höchstens drei Lagen Leinwand ihn von der Haut trennen. Sodann wird das trockene Tuch herübergelegt, mit Sicherheitsnadeln befestigt, das Gummituch lose darübergeschlagen und der Patient leicht zugedeckt. (Abknickung des Gummischlauches vermeiden!) Bei anämischen empfindlichen Personen oder bei ängstlichen Gemütern hat Autor das erste Mal das Laken in Wasser von 23° C eintauchen, bei den nächsten Anwendungen die Temperatur allmählich niedriger nehmen lassen. Durch den Schlauch lässt man nun heisses Wasser laufen, zunächst schneller, nach Durchwärmung des Schlauches und der Unterlage langsamer, fast tropfenweise. Die Temperatur des Wassers richtet sich nach der Dicke des Schlauches, der Stärke und Zahl der trennenden Leinwandlagen. Man kann mit 40—45° C beginnen und je nach dem Gefühl des Patienten und den Begleitumständen durch Zugiessen auf 55—57—60° steigen. Die Dauer der Applikation sei nicht zu kurz bemessen, doch wird in vielen Fällen eine Stunde genügen. Die Prozedur war in den vom Autor beobachteten Fällen den Patienten sehr angenehm und wohltuend, die Reaktion trat stets ein, eine lebhafte Hautröte und Durchwärmung war jedesmal wahrzunehmen. Diese Prozedur hat ihre Anzeige bei Magenaffektionen organischer Natur (akutem und chrohischem Katarrh, Perigastritis etc.) sowie bei nervösen und funktionellen Magenerkrankungen. Auch werden Dyspepsien günstig beeinflusst. Überraschende Erfolge sieht man sodann bei Erbrechen infolge der verschiedensten Ursachen. Buxbaum hat diese Prozedur bei dem unstillbaren Erbrechen der Frauen mit sehr gutem Erfolge angewendet. Oftmals empfiehlt es sich, die Applikation ½ Stunde vor dem Essen vorzunehmen und fortzusetzen, bis die Verdauung ihren Höhepunkt überschritten hat. Als Kontraindikation für diese Prozedur sieht Autor Magenblutungen und Ulcus ventriculi an.

Dr. Mayer hat an Prof. v. Noordens Abteilung des städtischen Krankenhauses Frankfurt a. M. Versuche mit reinem natürlichen, vom lebenden Schwein gewonnenen Magensaft, der Dyspeptine angestellt, die zu guten Resultaten führten. Aus Hauptindikation für die Behandlung mit Dyspeptine muss man nach Mayer alle Magenerkrankungen, akute oder chronische, ansehen, die mit verminderter oder ganz fehlender Säuresekretion einhergehen. Die Dyspeptine bietet dann nicht nur einen vollwertigen Ersatz für den fehlerhaften Magensaft, sondern regt auch die Salzsäuresekretion an; sie wirkt hier symptomatisch und heilend zugleich. Sie übertrifft nach beiden Richtungen das künstliche Pepsin-Salzsäuregemisch bei Weitem. Die Dyspeptine gewährt ferner grosse Vorteile als Appetit erregendes Mittel bei Tuberkulose und Anämie. Wir dürfen sie daher als ein vortreffliches „Stomachikum" bezeichnen. Die Dosis, in der die Dyspeptine gegeben wurde, schwankte je nach Art und Schwere des Falles. Bei lange bestehenden chronischen Magenkatarrhen mit vollständig fehlender freier Salzsäure, bei Magendilatation gibt man am besten während und nach jeder Mahlzeit je 15 ccm Dyspeptine. Später wenn eine günstige Wirkung bereits eingetreten ist, genügt es vollkommen, dreimal am Tage während der Mahlzeit 15 ccm zu verabreichen. Als Appetitmittel angewandt, genügt es, ½ Stunde vor jeder Mahlzeit 10—15 ccm zu geben. Die Art und Weise der Einführung der Dyspeptine ist eine recht einfache. Geschmack und Geruch dieses reinen, natürlichen Magensaftes sind kaum unangenehm und, wenn es sich nicht um sehr empfindliche Patienten handelt, so kann man ihn unverdünnt geben oder mit etwas Pfefferminzessenz vermischen. Bei anderen in bezug auf Geschmack sehr eigenen Patienten, bewährte sich der Zusatz kleiner Mengen von Zitronensaft oder von Bier.

Als Bittermittel definiert Prof. Borissow (Odessa) solche Stoffe, welche einen bitteren Geschmack und eine verhältnismässig geringe physiologische All-

Digitized by Google

gemeinwirkung auf den Organismus besitzen. Ausgehend von dieser Definition ist es unrichtig, den deutlichen Einfluss der Amara auf die Verdauung etwa durch Steigerung des Blutdrucks und der Saftsekretion oder durch direkte Anregung der Magendrüsen zu erklären; ebensowenig ist es folgerichtig, die Bittermittel in allzugrossen Dosen, allzulange vor dem Essen, in Pillenform zu verabreichen oder sie unmittelbar in den Magen einzuverleiben. Es muss eben mehr als bisher auf den bitteren Geschmack, auf die Reizung der Geschmacksnerven durch die in Rede stehenden Mittel Rücksicht genommen werden. Der Autor stellte seine diesbezüglichen Versuche an einem Hunde mit äusserer Ösophagotomie und Magenfistel an, wobei er sich der sog. Scheinfütterung nach Pawlow bediente. Es stellte sich heraus, dass die Bittermittel die Schärfe der Geschmacksreize steigern und allein durch diese Reizung der Geschmacksnerven reflektorisch eine vermehrte Absonderung des Magensaftes bewirken. Borissow kommt daher zu dem Schluss, dass die Anwendung von Amaris am Krankenbett vollkommen zweckmässig ist, da sie eine Steigerung der Magensaftsekretion hervorrufen, dass Bittermittel in grossen Dosen lange vor dem Essen und in Pillenform zu verschreiben, irrationell ist und dass das beste Präparat für die Anwendung der Amara die sogen. „Appetittropfen" sind (10—20 Tropfen vor dem Essen).

Dr. Hicks Behandlung bei Sommerdiarrhöe der Säuglinge besteht in einem anfänglichen warmen Bade, dem eine Magenspülung (alkalisches Wasser) bei hängendem Kopfe folgt. Sofort nachher wird Rizinusöl (4,0) und Albuminlösung (60 ccm) mit 4 ccm rohen Fleischsaftes in den Magen eingegossen. Behält das Kind dies bei sich, so wird eine ähnliche Nahrung weitergegeben. Bricht es, so versucht man Albumin allein, bei anhaltendem Erbrechen gibt man nichts per os, sondern macht eine subkutane Kochsalzinfusion. Bei sehr schweren Fällen beginnt man sofort mit Kochsalzinfusionen und setzt unter Umständen Kognak zu. Man gibt häufige, kleinere Infusionen, da grosse Infusionen zu Hyperpyrexie, Albuminurie und allgemeinen Ödemen führen können. Nach 24 Stunden beginnt man mit Albumin per os, gibt dann peptonisierte Milch und Knorrs Hafermehl, was ausgezeichnet vertragen wird. Kognak wird nur in schweren Fällen und dann nur subkutan gegeben. Täglich wird zweimal sehr vorsichtig gebadet. Der Mund muss sorgfältig (am besten mit kaltem Wasser) gereinigt werden. Chronische Fälle werden am besten mit Malzsuppen behandelt. Auch Pegnin hat sich gut bewährt. Albuminlösung wird hergestellt aus dem Eiweiss von zwei Eiern, dem $^3/_4$ Liter kalter normaler Salzlösung zugesetzt werden. Das Ganze wird durch Musselin filtriert. Manchmal gelingt es, Säuglinge, die alle per os gereichte Nahrung erbrechen, durch die Nasensonde zu ernähren.

Dr. Stepp (Nürnberg) rühmt bei chronischem Magengeschwür folgende Medikation:

Rp. Bism. subnitr. 3,0
Aqu. dest. 150,0
Chloroform 1,0

M. D. S. 1—2 stündlich ein Esslöffel voll.

Er gibt in den ersten Tagen täglich eine solche Flasche voll, nach 5—6 Tagen alle zwei Tage eine Flasche, so dass in vier Wochen ca. 12—15 Flaschen verbraucht werden.

Dr. Boas Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten hat im Berichtjahr seine fünfte Auflage erfahren. Auch diesmal war der Autor mit Erfolg bestrebt, den zahlreichen neuen Entdeckungen, welche gerade auf dem Gebiete der Magenkrankheiten während der letzten Zeit gemacht worden sind, Rechnung zu tragen. Die grosse Beliebtheit, welcher sich die ersten vier Auflagen des Boasschen Werkes erfreut haben, wird sicherlich auch der neuen Auflage zu teil werden.

Über Magenerweiterung von Prof. Riegel (Heilk. 1. H. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 17). — Über Magenerweiterung von Dr. Cramer in der „Hygiene und Diätetik der Stoffwechselkrankheiten" von Dr. Schilling (Leipzig, Verlag von H. Hartung & Sohn). — Die Behandlung der atonischen Magendilatation mittelst hochfrequenter Ströme von DDr. Crombie und Bekenham (Lancet. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 5). — Über Tetanie gastrischen und intestinalen Ursprungs von Prof. Fleiner (Münchener med. Wochenschr. Nr. 10. — Ther. d. Gegenw. 5. H.).

Digitized by Google

— Dr. Rosenfeld über Diätetik bei Magenkrankheiten auf dem schlesischen Bädertage (Balneol. Zentral-Ztg. Nr. 18). — Klinische Studien über den Magensaftfluss von Prof. Strauss (Mitt. a. d. Grenzgeb. 12. Bd. 1. H. — Münch. med. Wochenschrift Nr. 40.). — Dr. Campo und Prof. Maragliano über Behandlung der Hyperchlorhydrie auf dem internationalen medizinischen Kongresse zu Madrid (Münch. med. Wochenschr. Nr. 22). — Zur Therapie der Hyperacidität des Magens von Dr. Fischl (Prag. med. Wochenschr. Nr. 10—12). — Zur Pathogenese und Therapie der nervösen Dyspepsie von Dr. Zweig (Zentralbl. f. d. ges. Ther. 2 H.). — Über die Diagnose des Ulcus ventriculi mittelst Nachweises okkulter Blutanwesenheit in den Fäces von Dr. Boas (Deutsche med. Wochenschr. — Medico Nr. 47). — Prof. Lenhartz über eine neue Behandlung bei blutendem Magengeschwür im ärztlichen Verein zu Hamburg (Eigenbericht.). — Prof. Einhorn über die Behandlung von Magen- und Duodenalblutungen in der Medical Society of the County zu New-York (Deutsche Praxis Nr. 13.). — Dr. Rolleston und Dr. Dawson über die Behandlung des runden Magengeschwürs in der British Medical Association zu Swansea (Münch. med. Wochenschr. Nr. 36). — Über das Ulcus ventriculi, dessen Diagnose und Behandlung von Dr Henschen (Wien. med. Presse). — Über Dauererfolge der internen Therapie des Ulcus ventriculi von Dr. Schulz (Mitt. a. d. Grenzgeb. 11. Bd. 1. H. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 11.) — Sitophobie, Inanition und deren Behandlung von Prof. Einhorn (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 7. Bd. 4. H.). — Das Winternitz'sche Magenmittel von Dr. Schuppenhauer (Medico Nr. 37.). — Über die therapeutische Verwendung natürlichen Magensaftes (Dyspeptine) bei Magenkranken von Dr. Mayer (Ther. d. Gegenw. 12. H.). — Über die Bedeutung der Bittermittel für die Verdauung von Prof. Borissow (Wratsch Nr. 32. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 47). — Zur Behandlung der Sommerdiarrhöe der Säuglinge von Dr. Hicks (Lancet. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 39). — Zur Behandlung des chronischen Magengeschwürs von Dr. Stepp (Festschr. z. Feier des 50jähr. Besteh. d. ärztl. Vereins Nürnberg — Schm. Jahrb. 277. Bd. 2. H.). — Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten von Dr. Boas 1. Teil. 5. Aufl. Leipzig, (Verlag von G. Thieme).

Malaria. Die klinischen Erscheinungen der Malaria müssen nach Dr. Pittaluga (Rom) auf drei verschiedene Arten der Blutparasiten zurückgeführt werden: 1. Plasmodium Malariae: Quartana, 2. Plasmodium vivax: Tertiana, 3. Laverania Malariae: Febris aestivo-autumnalis. Die Beziehungen dieser Amöben (in den verschiedenen Stadien der Entwickelung) zu den Fieberanfällen sind durch Golgi genügend geklärt. Die Quotidiana hat keinen eigenen Parasit, sondern wird durch die Laverania erzeugt. Unentschieden ist noch, ob es einen besonderen Parasiten in den chronischen Fällen mit winterlichen Rezidiven gibt, die in Mittelmeer- und tropischen Ländern zuweilen plötzlich perniziös verlaufen. Die Tertiana, die zuweilen begleitet, selten gefolgt ist von Quartana und immer unter dem Typus des malignen Fiebers verläuft, herrscht auch in Spanien. Überall dort findet sich die Anophelesart, zuweilen noch in Gesellschaft der Culexart, die unschuldig ist. Die hydrographischen Verhältnisse dieser Gegenden schwanken sehr. Die Anopheles ist viel weiter verbreitet, als man früher glaubte; sie hat eine sehr zähe Lebensfähigkeit unter den mannigfaltigsten Umständen. Die Bodenverhältnisse scheinen aber einen gewissen Einfluss auszuüben. Auch in sehr hochgelegenen Orten — bis zu 1000 m Höhe in der Sierra de Guadarama — kommt sie vor. Bei Beobachtung des Verlaufes der Epidemie in einer Saison lässt sich auch in Spanien stets eine enge Verbindung zwischen den menschlichen Infektionen des vorangegangenen Jahres (und ihren Winterrezidiven) mit der Infektion des Mosquito zu Beginn der Saison feststellen. Bemerkenswert ist übrigens die Häufung der Malariafälle in Spanien nach Rückkehr der Truppen aus Kuba und von den Philippinen. Prophylaktisch käme 1. eine Vernichtung der Mosquitos in Frage. Sie bietet wenig Aussichten, sowohl den Larven wie insbesondere den ausserordentlich fruchtbaren Weibchen gegenüber. Eine exaktere Basis haben in letzter Zeit die Versuche zur Assanierung des Bodens in Malariagegenden gewonnen. 2. Mit Erfolg ist Austrocknung und Anlegung von grossen Kanälen mit starkem Gefälle angewendet worden. Dagegen hat die mechanische Austrocknung durch Pumpen, Turbinen und dgl. keinen Erfolg. Wenn die Maschinen still stehen, gelangen sofort wieder unzählige Anopheles in die Wasserläufe. Das beste Mittel ist eine energische Beackerung des Bodens. Nur wo Reisfelder vorhanden sind, lässt sich das nicht durchführen. Die mechanische Prophylaxe besteht in einem Schutze jedes Hauses in Malariagegenden durch enge Metallgitter und Bedeckung des Gesichts und der Hände durch Schleier und Hand-

Digitized by Google

schuhe beim Verlassen des Hauses in der Dämmerung und während der Nacht. Streng durchgeführt ist dies ein absolut sicheres Mittel. Es muss gesetzlich geregelt werden. Auch die Behandlung jedes Einzelfalles muss durch das Gesetz zur Pflicht gemacht werden, weil die Malaria zu den ansteckenden Krankheiten zu zählen ist. Im Winter und Frühling muss Chinin prophylaktisch in solchen Gegenden genommen werden. Die von Plehn und von Koch vorgeschlagenen Arten der prophylaktischen Chinindarreichung sind nicht allgemein gültig. Eine tägliche, wenn auch nur kleine Dosis von 0,3 g erscheint notwendig, um die jungen, eben erst ins Blut gelangten Parasiten fortwährend abzutöten. In veralteten Fällen sind grössere Dosen notwendig. Indessen liegen hier noch nicht ausreichende Erfahrungen vor.

Die Prophylaxe der Malaria besteht nach Dr. Ascoli (Rom) in der rationellen und ständigen Behandlung der infizierten Individuen und in dem Schutze der Gesunden gegen den Biss der Anopheles. Man kann sich schützen durch mechanische Mittel oder durch Chinin. Die Präventivmassregeln für die Gesunden müssen mit der grössten Sorgfalt und Ausdauer zur Durchführung gelangen und je nach Lage der Verhältnisse (Örtlichkeit, Beruf usw.) modifiziert werden. Aber die Prophylaxe kann ihr Ziel nur erreichen, wenn der Grund und Boden genügend verbessert ist und man ihn kultivieren kann, ohne sich maskieren oder mit Arzneimitteln vollpfropfen zu müssen.

Die von Prof. Celli (Rom) ausgearbeiteten Vorschläge zur Prophylaxis der Malaria lauten folgendermassen: 1. Künstliche Immunität mittelst Chininsalzen. Die praktische Präventivbehandlung besteht darin, Chinin entweder täglich zu geben (30—40 cg Erwachsenen, Kindern die Hälfte) oder wöchentlich (1 g pro Abend Sonnabends und Sonntags, Kindern die Hälfte). 2. Spezifische Desinfektion des Blutes Malariakranker mit Chininsalzen, d. h. eine reichliche und langdauernde Behandlung Malariakranker und speziell Rezidivkranker das ganze Jahr hindurch und während der präepidemischen Zeit. 3. Mechanische Prophylaxis der Wohnungen und der unbekleideten Stellen des menschlichen Körpers. 4. Die Isolierung der Malariakranken entweder in geschützten Häusern oder in malariafreien Orten (Gebirgssanatorien usw.). 5. Ausrottung der Anopheles-Stechmücke. 6. Wassertechnische und agrarische Assanierungsarbeiten, um die Anopheles der günstigsten Lebensbedingungen zu berauben und sie zu verhindern, sich zu infizieren. Der Kampf gegen die Malaria wird auf Grund dieser Vorschläge von der italienischen Regierung auf folgende Weise geführt: a) Der Staat selbst bereitet das Chinin (bisulfur. und muriat.) und verkauft es unter Garantie zu niedrigem Preise in jedem Winkel des Landes, nicht allein in den Apotheken, sondern auch in allen Tabak- und Salzverkaufstellen. Um die Chininverteilung auf dem Lande zu erleichtern, wird das Chinin in Tabletten zubereitet, und um den Präventiv- und Kurativgebrauch zu erleichtern, wird es mit einer Zuckerschicht bedeckt. Das, was der Staat bei dem Verkauf des Chinins verdient, kommt dem Nationalkampf gegen die Malaria zugute. b) Alle Bauern, die in Malariaorten arbeiten, haben ein Anrecht, das Chinin gratis zu bekommen. Alle Ärzte können so viel Chinin, wie sie wollen, als Präventiv- und Kurativmittel austeilen. Die Gemeinden und Wohlfahrtseinrichtungen müssen so viel, wie gebraucht wird, verschaffen. Der Staat verkauft ihnen deshalb das Chinin beinahe zum Selbstkostenpreise. Jahr für Jahr muss das von der Gemeinde verbrauchte Chinin von den Grundbesitzern der Malariagegenden im Verhältnis zur Grösse ihres Besitzes bezahlt werden. Ausser den Bauern haben alle Arbeiter, die an öffentlichen Arbeiten beschäftigt sind, das Recht darauf, Chinin als Präventiv- und Kurativmittel gratis zu erhalten; die Unternehmer müssen für sie bezahlen und sind auch verantwortlich, wenn einer ihrer Arbeiter aus Mangel an Chinin an Malaria stirbt. c) Alle Arbeiter, die direkt oder indirekt vom Staate abhängen, sowie ebenfalls alle diejenigen, die bei öffentlichen Arbeiten beschäftigt sind, haben ein Anrecht darauf, dass ihre Wohnungen an Malariaorten und in den Malariamonaten vor

Digitized by Google

Stechmücken geschützt werden. Der Staat verteilt Prämien unter diejenigen Grundbesitzer, die es gleichfalls tun. d) Viele Millionen liegen bereits für die wassertechnischen Assanierungsarbeiten bereit. Damit diese wirklich nützen können, werden dabei Kriterien befolgt, die von den modernen Kenntnissen über das Leben der Anopheles im Wasser ausgehen. Die Gesundheit der Arbeiter, die bei dieser gefährlichen Arbeit angestellt sind, wird auf die oben erwähnte Art (Chinin als Prophylaktikum und geschützte Wohnungen) gesichert. e) Der wassertechnischen Assanierung wird die landwirtschaftliche folgen und die Kolonisation der Latifundien. Auf die beiden oben beschriebenen Arten wird die Gesundheit des Bauern gesichert. Bis jetzt forderte diese Aufbesserung des Bodens viele Menschenopfer, die nun erspart bleiben werden. f) Durch Versuchsstationen, Vorträge und Schriften werden in ganz Italien Ärzte, Grundbesitzer und Bauern auf die neuen Massregeln zur Malariaprophylaxis aufmerksam gemacht.

Dr. Plehn bespricht eingehend seine in Kamerun bezüglich der Malaria gemachten Erfahrungen. Anopheles ist daselbst sehr selten, dagegen zeigen die Erkrankungen der Europäer sehr hohe Prozentzahlen. Von den mühsam eingefangenen Stechmücken erwiesen sich nur 2,2% infiziert. Die Mückenhäufigkeit ging in keiner Weise parallel mit der Krankheitshäufigkeit. Dies in Verbindung mit Berichten aus verschiedenen anderen Gegenden beweist, dass weder in Europa noch den Tropen die örtlichen und zeitlichen Schwankungen der Malariaerkrankungen in unbedingten Zusammenhang zu dem Auftreten der Anopheles zu setzen sind. Für Verhütung der Malaria und Assanierung grösserer Gegenden ergeben sich aus den neueren Erfahrungen einige wichtige Gesichtspunkte. Der Schutz der Gebäude ist kein vollkommener und jedenfalls nur da zu erstreben, wo Anopheles häufig vorkommt. Der Gebrauch der Schutznetze ist zu empfehlen, besonders da er Rezidiven vorbeugen kann. Wichtiger ist die Regulierung der äusseren Lebensverhältnisse, die Sorge für hinreichende Zuführung von Licht und Luft. Besonders aber ist ein sachgemässer Chiningebrauch anzuraten, der zwar eine Infektion nicht zu verhüten vermag, aber eine Abschwächung der Infektion und eine Überführung in ein dauerndes Latenzstadium bewirken kann. Die in englischen Kolonien zur Assanierung ganzer Gegenden gemachten Versuche, die Mücken zu vertilgen, versprechen keinen Erfolg. Eine energische Entwässerung und Bodenpflege ist von jeher als wichtiges Assanierungsmittel erkannt worden; ob der Erfolg aber nur einer Vernichtung der Mückenlarven zu danken ist, ist sehr zweifelhaft. Den Versuchen Kochs, die Parasiten im Menschen zu vernichten und der zu dem Zwecke eingeleiteten energischen Chininbehandlung der Eingeborenen widerspricht die Gefahr, dass die Schwarzen erfahrungsgemäss unter Chineinwirkung ihre relative Immunität verlieren können. Nur eine allgemeine Bodenkultur verspricht eine erfolgreiche Assanierung. Solange diese nicht möglich und damit Erstinfektionen nicht zu verhüten sind, muss man die äusseren Lebensbedingungen der Ansiedler in den Tropen möglichst günstig zu gestalten suchen und sie einer systematischen Chininbehandlung unterwerfen, um die Rezidive zu verhüten.

Dr. Mac Gregor gibt eine Übersicht über die von ihm geleiteten Arbeiten zur Verhütung und Bekämpfung der Malaria in Lagos. Es sterben jetzt fast 50% der Kinder im ersten Lebensjahre, die Häfte davon an Fieber. Selbst von den gesunden Kindern beherbergen 50% Malariaparasiten in ihrem Blute; von Kindern unter zwei Jahren zeigen 86% Malariaparasiten, von Kindern über 10 Jahren nur 7%. In Lagos erhalten alle Beamte Chinin gratis. Sie nehmen es prophylaktisch in Mengen von 0,2 täglich oder der doppelten Menge alle zwei Tage. Europäer, die Chinin nicht nehmen können oder wollen, sollten aus dem Kolonialdienst entlassen werden. Ferner wird Chinin frei unter die Eingeborenen verteilt; wollte man übrigens die ganze Bevölkerung nach Kochs Methode mit Chinin versehen, so würde das für Lagos allein etwa fünf Millionen Mark jährlich kosten. Zu kurativen Zwecken gibt Verfasser 0,75 Chinin mit 0,3 Anti-

Digitized by Google

febrin 1—2 mal täglich. Ausserdem bekommt jeder europäische Beamte in Lagos ein durch Drahtnetze moskitosicher gemachtes Zimmer. Die Hauptsorge wird aber auf die Zerstörung der Brutplätze verwandt; alle Tümpel werden ausgefüllt oder mit Petroleum übergossen, sehr wichtig ist die regelmässige Beseitigung aller Scherben, Flaschen, Konservenbüchsen etc., da in dem in diesen Gegenständen stagnierenden Wasser stets Moskitos leben. Übrigens sind nicht nur die Anopheles schädlich. Jedes europäische Haus sollte ausserdem einen Moskitofänger anstellen. Schwarzwasserfieber ist nach Verfassers Meinung eine Abart der Malaria; die Behandlung besteht in der subkutanen Injektion von normaler Kochsalzlösung und dem innerlichen Gebrauch der Cassia occidentalis.

Dr. Edm. Sergent und Dr. Etienne Sergent berichten über die Massnahmen gegen die Malaria, welche im Jahre 1902 an der ostalgerischen Bahnlinie ergriffen wurden. Dieselben bestanden in dreierlei Arten: 1. Prophylaktische Darreichung von Chinin an diejenigen Kranken, deren Blut die Plasmodien enthält. 2. Schutz gegen die Moskitostiche (gegen die der ausgewachsenen Anopheles), 3. Zerstörung der Moskitos im Larvenzustande. Zu letzterem Zwecke diente Petroleum, welches in einen Kanal und in die stagnierenden Gewässer gebracht wurde; diese Massregel, sowie das Aufstellen von Metallnetzen, haben in augenscheinlicher Weise die Zahl der Anopheles, welche in den Zimmern gefunden wurden und dadurch die Gefahr der Infektion oder Reinfektion für die an der Bahnlinie Wohnenden vermindert. Vier Leute, welche dort neu ankamen, haben keine Malaria akquiriert, das ist das erstemal, dass in dieser Gegend Leute den Sommer über zugebracht haben, ohne der Malaria zu verfallen. Nachdem die Malaria auch heute noch das Haupthindernis für die ausgedehnte Kolonisation und kommerzielle Ausnützung Algiers ist, dürfte es von hoher Wichtigkeit sein, dass in diesem Jahre auf grund der hier gemachten Erfahrungen ausgedehntere Versuche angestellt werden sollen.

Dr. Jancsó beschreibt eine in der Universitätsklinik des Prof. Purjesz in Kolozsvár entstandene Malaria-Hausendemie. Dieselbe, ein wichtiges Argument für die Mücken-Malariatheorie, entstand im Winter, wo es keine Anopheles gibt, dadurch, dass mit dem Blute eines Malariakranken infizierte Anopheles aus Unvorsichtigkeit aus den Laboratoriumsräumen entfliehen konnten. Die Erkrankungen traten dicht hintereinander vom 12.—26. Tage nach dem Entkommen der Anopheles auf. In einigen Fällen komplizierte sich so die Malaria mit Typhus abdominalis, in einem Falle mit croupöser Pneumonie.

Dr. de Carlo hat in 18 Malariafällen die Wirkung des Euchinins durch genaue Beobachtung studiert und gelangt zu folgenden Schlüssen: 1. Das Euchinin ist ein äusserst brauchbares und wirksames Präparat in der Behandlung der akuten und der chronischen Malaria. 2. Das Fieber fiel immer nach einer relativ kurzen Zeit. 3. Niemals entstanden nach Verabreichung von Euchinin in grösseren Dosen und während längerer Zeit Störungen von seiten des Verdauungskanals, im Gegenteil zeigte es sich, mit Benzonaphtol kombiniert, sehr wirksam in jenen Malariafällen, die mit gastro-intestinalen Störungen einhergingen. 4. Die Dauer des Malariafalles, sowohl des Frost- als auch des Hitzestadiums, war immer verhältnismässig kürzer. 5. Euchinin bewirkt tatsächlich eine Verkleinerung des Milztumors. 6. Euchinin hat eine bedeutende blutbildende Wirkung.

Dr. Pittaluga und Dr. Ascoli über Ätiologie und Prophylaxe der Malaria auf dem internationalen medizinischen Kongresse zu Madrid (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 21.). — Zur Prophylaxis der Malaria von Prof. Celli (Hyg. Rundschau Nr. 20.).

Dr. Plehn über neuere Ergebnisse der Malariaforschung in der Berliner medizinischen Gesellschaft (Med. Woche Nr. 30). — Über Malaria und deren Bekämpfung von Dr. Mac Gregor (Brit. med. Journ. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 6). — Bericht über die Massnahmen gegen die Malaria, welche im Jahre 1902 an der ostalgerischen Bahnlinie ergriffen wurden von Dr. Edm. Sorgent und Dr. Etienne Sergent (Ann. de l'instit. Pasteur 1. H. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 14). — Über eine in der Universitätsklinik entstandene Malaria-Hausendemie von Dr. Jancsó (Deutsch. Arch. f. klin. Med. 76. Bd. — Münchener med. Wochenschr. Nr. 36.). — Das Euchinin in der Behandlung der Malaria von Dr. de Carlo (Med. Woche Nr. 33).

Digitized by Google

Masern. Dr. y Lopez Reinoso (Madrid) wandte die Lichttherapie nach Finsen bei Masern an. Das rote Licht übt nach Autor auf die Konjunktivitis einen um so günstigeren Einfluss aus, je mehr das weisse Licht ausgeschaltet wird und je freier infolgedessen die Augen von der reizenden Wirkung dieser weissen Strahlen bleiben. Das rote Licht übt aber keinen Einfluss auf den eigentlichen Krankheitsprozess, vermag den Ablauf desselben nicht zu beeinflussen und auch Komplikationen nicht zu verhüten. Es ist keine ätiologische und keine pathogenetische Therapie, sondern nur eine symptomatische.

Dr. y Lopez Reinoso über die Lichttherapie bei Masern auf dem internationalen medizinischen Kongresse zu Madrid (Münch. med. Wochenschr. Nr. 22).

Mastitis. Dr. Hopmann (Köln) empfiehlt folgende Methode der Operation bei puerperaler Mastitis. Die Brust wird in der unteren Hälfte halbkreisförmig umschnitten, stumpf von der Fascie des Pectoralis major abgehoben und mit Haken nach oben umgeklappt erhalten. Dann werden die Abszesse bei radiärer Schnittrichtung breit von hinten geöffnnt und ausgeräumt, in jede Höhle ein breites Drainrohr eingelegt und die Brust wieder zurückgeklappt. Jetzt liegen die Drainagen, von unten nach oben in die Abszesse eingeführt, unter der Brust hervorragend, in der denkbar günstigsten Lage, um dem Eiter ungehindert Abfluss zu verschaffen. Durch diese günstige Drainage heilen die Abszesse schneller aus, die Operationsnarbe liegt unter der unteren, meist ja etwas überhängenden Partie der Brust kaum sichtbar, ferner können die grösseren, meist tief unter der Haut liegenden Milchausführungsgänge bei der Inzision von hinten her fast vollkommen geschont werden.

Über die Operation der puerperalen Mastitis von Dr. Hopmann (Zentralbl. f. Chir. — Medico Nr. 36).

Mechanotherapie. Dr. Kaup hat an sich selbst Versuche angestellt, um zu entscheiden, ob nicht unter günstigen Bedingungen schon während oder unmittelbar nach stärkerer Muskelarbeit ein Eiweissansatz erfolgen kann, da ja Muskel durch Übung an Masse zunehmen. Er kam nach drei Versuchen zu folgenden Hauptergebnissen: Es kann, wenn der Körper gut mit stickstofffreien Nährstoffen versorgt ist, erhebliche Muskelarbeit geleistet werden, ohne Steigerung der Eiweisszersetzung. Es stellt sich dann auch keine Steigerung des Eiweissstoffwechsels heraus, wenn man die Ausscheidungen der einzelnen Tagesperioden gesondert untersucht. Unter besonders günstigen Bedingungen kann es schon während der Arbeit zu einem Eiweissansatze kommen. Die Ausnutzung der Nahrung wird durch mässige Muskelarbeit nicht beeinflusst. In allen drei Versuchen erfolgte durch die Muskelarbeit ein Ansatz von Phosphor.

Die Hauptindikation zur Anwendung der Bauchmassage bildet nach Dr. Stange (St. Petersburg) die chronische Obstipation, welche in den meisten Fällen durch eine Schwächung der Darmmuskulatur, i. e. eine Atonie der Darmwandungen hervorgerufen werden. Eine normale Innervation und genügend wirkende Bauchpresse sind gleichfalls Momente, die für eine erfolgreiche Defäkation von Bedeutung sind. Da gibt nun bei der Behandlung der chronischen Obstipation die Bauchmassage wohl glänzende Resultate, wenn sie aber gleichzeitig unterstützt wird durch Heilgymnastik und medikamentöse Abführmittel. Die Dauer der Kur erfordert mindestens zwei Monate. Die Massage der Gedärme muss auf die glatte Darmmuskulatur ihr Augenmerk richten und soll in tiefem Streichen, Kneten und der Vibration bestehen. Die letztere wird entweder mittelst der Hand oder mit Vibratoren ausgeführt. Ebenso muss die Vibration für das beste bei der Massage des Magens erachtet werden.

Ein erfreuliches Bild über die fünfjährige Tätigkeit der mit v. Leydens Universitätsklinik verbundenen Abteilung für die Zwecke der physikalischen Therapie liefert ein in den Charité-Annalen erschienener Jahresbericht, erstattet von dem Spezial-Assistenten Dr. Paul La-

Digitized by Google

zarus. In dem letzten Jahre wurden mehrere Apparate neu angeschafft, die sich gut bewährt haben. Hervorzuheben sind darunter ein Sauerstoff-Inhalationsapparat von Professor Michaelis, der nach Angaben von Lazarus modifizierte Jacobsche Bewegungsapparat Cyclostat, ferner ein Rollenzugapparat, welcher bei grosser Einfachheit die mannigfachsten Widerstandsübungen gestattet und ebenfalls nach Angaben von Lazarus angefertigt wurde. Der Behandlung wurden unterzogen Lungen- und Kreislaufkranke, solche mit Krankheiten der Bauch- und Bewegungsorgane, Nervenleidende, Kranke mit konstitutionellen Gebrechen und Rekonvaleszenten.

Ein Beitrag zu der Lehre vom Einflusse der Muskelarbeit auf den Stoffwechsel von Dr. Kaup (Zeitschr. f. Biol. 43. Bd. 2. H. — Schm. Jahrb. 277. Bd. 1. H.). — Über die Bauchmassage von Dr. Stange (Wratsch. Nr. 10. — Rev. d. russ. med. Zeitschr. Nr. 11). — Fünfter Jahresbericht über die Anwendung der physikalischen Heilmethode in der I. mediz. Klinik u. Poliklinik zu Berlin von Dr. Paul Lazarus (Sonderabdruck).

Meningitis cerebrospinalis. Dr. Donath (Budapest) berichtet über zwei Fälle von eiteriger Meningitis cerebrospinalis, von denen der eine, otogenen Ursprunges, durch einen protrahierten Verlauf (über 11 Wochen) gekennzeichnet war und eine sechs Wochen lang währende Remission aufwies, während der die Kranke den Eindruck einer Rekonvaleszentin machte. Es wurde dreimal die Lumbalpunktion gemacht: bei den beiden ersten Punktionen wurde eine trübe, aber keimfreie Cerebrospinalflüssigkeit entleert, während in dem bei der dritten Punktion gewonnenen eiterzellenreichen Liquor kulturell Streptokokken und Proteus vulgaris nachgewiesen wurden. Bei der Sektion wurde aus dem Eiter Staphylococcus citreus und albus gezüchtet. Auffallend ist, dass bei der zwischen der zweiten und dritten Lumbalpunktion gemachten Operation die Punktion des Gehirns eine ganz klare Flüssigkeit ergab. Es ergibt sich daraus, dass die Trübung des Liquor spinalis keine Kontraindikation gegen die Hirnoperation bildet. Nach der dritten Punktion trat eine auffallende Besserung ein, die die Heilung einzuleiten schien. Allein nach sechs Wochen führte eine Exacerbation, wahrscheinlich infolge eines Abszessdurchbruches, zum Tode. Eine solche Abkapselung eines Abszesses nach abgelaufener Meningitis war auch im zweiten Falle festzustellen.

Beiträge zur eiterigen Meningitis cerebrospinalis von Dr. Donath (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 26. — Schm. Jahrb. 280. Bd. 10. H.).

Meralgie. Dr. Neisser und Dr. Pollack teilen einen Fall von Roth-Bernhardscher Meralgie mit, der durch operative Behandlung geheilt wurde. Es bestanden in diesem Falle Schmerzen in der Hüfte und im linken Oberschenkel an der Vorderseite, welche hauptsächlich auftraten, wenn Patient nach längerer Ruhe zu gehen anfing. Die Schmerzen verschwanden anfangs beim Gehen nach einiger Zeit. Mit der Zeit steigerten sich die Schmerzen und traten auch bei aufrechtem Stehen bei einer gewissen Haltung auf. Im Liegen verschwanden alle Sensationen. An der Aussenseite des Oberschenkels bestanden Abnormitäten der Hautsensibität (Parästhesien, Anästhesien, Thermanästhesie), ausserdem konnte Druckschmerzhaftigkeit des linken N. femoralis unterhalb des Leistenbandes konstatiert werden. Es handelte sich also um charakteristische Sensibilitätsstörungen, die in typischer Weise im Anschluss am motorische Leistungen auftraten; atypisch war nur das starke Mitergriffensein des N. femoralis. Bei der nun folgenden Operation konnte konstatiert werden, dass der N. femoralis am Leistenbande durch den scharfen unteren Rand des Bandapparates (Lig. inguinale und Lig. ileopectineum) in nicht unbedeutendem Masse gedrückt wurde. Dieser Rand wurde eingeschnitten und durch Einführen des Zeigefingers der Nerv freigemacht. Nach der Operation trat bald eine Besserung aller Erscheinungen im Gebiete des N. femoralis und des N. cutaneus femoris ein, und Patient konnte bald seiner Arbeit nachgehen. Der Befund und der Erfolg der Operation beweisen also, dass die Ursache der Meralgie in einem mechanisch-irritativen Zu-

Digitized by Google

stande des N. femoralis und cutaneus femoris lateralis gelegen war. Obwohl diese Erklärung nicht für alle Fälle von Meralgie zutreffen dürfte, beweist der Fall, dass die Theorie der toxischen oder infektiösen Neuritis ebenfalls keine allgemeine Gültigkeit besitzt.

Beitrag zur Kenntnis der Roth-Bernhard schen Meralgie und ihrer operativen Behandlung von DDr. Neisser und Pollack (Mitt. a. d. Grenzgeb. 10. Bd. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 2. H.).

Mesotan. Mesotan ist der Metoxymethylester der Salizylsäure. Dr. Liepelt (Berlin) besitzt Beobachtungen an 30 Fällen von akutem Gelenkrheumatismus und hat vor allem festgestellt, dass nach äusserer Anwendung des Mesotans im Harn Salizylsäurereaktion erhältlich ist. Die Resultate waren günstig, am besten bei frischen Fällen von Polyarthritis rheumatica. Gleichzeitig verabreichte Verfasser manchmal auch kleine Dosen Aspirin und sah dann noch besseren Erfolg.

An Prof. Hoffmanns Universitätspoliklinik zu Leipzig prüften Dr. Criegern und Dr. Gröber das Mesotan und gelangten zu folgenden Schlüssen: 1. Am meisten von den therapeutischen Eigenschaften des Mesotans tritt die derivierende (hautreizende) hervor. 2. Eine spezifische Wirkung besteht, dieselbe ist die des Salizyls, aber sie ist schwächer. 3. Auf der Verbindung der überwiegenden hautreizenden und spezifischen Salizylwirkung beruht der besondere Charakter des Mesotans gegenüber dem Salizylvasogen; dieses teilt sonst mit dem Mesotan viele Indikationen, hat aber geringere Salizylwirkung. Die Krankheiten, in welchen am häufigsten derartige Anzeigen auftreten, sind solche der Gelenke, der serösen Häute, vielleicht auch der Gefässe, also vorwiegend bindegewebiger Organe und wohl auch gelegentlich solche der Haut.

Dr. Kayser hat an der medizinischen Universitätsklinik zu Strassburg Versuche mit Mesotan angestellt; er bestätigt zwar die gute Heilwirkung des Mittels bei akuten und subakuten Rheumatosen der Gelenke, Muskeln oder Nerven, weiss auch die schmerzstillende Wirkung des Präparates in anderen Fällen zu schätzen, hat aber häufiger auch unangenehme Nebenwirkungen, wie urticariaartige Hautausschläge, Hautröte und -Schwellung beobachtet. Er rät deshalb, das Mesotan zu gleichen Teilen mit Olivenöl lediglich aufzupinseln und zwar nicht mehr als zweimal täglich etwa einen Teelöffel voll.

Dr. Ruhemann (Berlin) hat ebenfalls gute Erfolge bei rheumatischen Affektionen nach Mesotangebrauch aufzuweisen. Er verlangt indes, dass die Mischung mit Olivenöl so energisch, wie es die Schmerzen erlauben, und bei chronischen Prozessen recht kräftig und zwar 5—10 mal hintereinander verstrichen wird. Die dem Einstreichen folgende Hautreizung ist als Ableitung für den rheumatischen Schmerz erwünscht. Wird das Gemisch längere Zeit, etwa 10—14 Tage, an derselben Stelle oder das reine Mesotan 3—4 Tage appliziert, so entstehen ekzematöse Hautreizungen; man hat daher die Stellen der Einreibung zu wechseln. Interessant ist die Beobachtung, dass ein Gesichtserysipel unter Gebrauch von Mesotanöl schnell zurückging. Zur Verbesserung des allerdings nicht angenehmen Geruches fügt Ruhemann je 25 g Mesotanöl 5 Tropfen Lavendelöl hinzu. Von letzterem Gemisch werden dreimal täglich 1—1½ Teelöffel aufgetragen und die Stellen dann mit geleimter Watte bedeckt. Empfehlenswert sind auch die porösen Kautschukpflaster mit einem Gehalt von 3—5 g Mesotan. Die externe Salizylapplikation kann zweckmässig mit der internen Darreichung von Aspirin, 1,5 g pro die, oder mit lokaler Injektion von 0,05—0,1 jodsauren Natriums kombiniert werden.

Über seine Erfahrungen mit Mesotan berichtet Dr. Frankenburger (Nürnberg). Das Mittel gelangte zur Anwendung in acht Fällen von akutem Muskel- und Gelenkrheumatismus sechsmal mit gutem Erfolg, in 11 Fällen von subakutem Muskel- und Gelenkrheumatismus achtmal mit gutem Erfolg, bei Ischias fünf Erfolge unter acht Fällen, bei chronischem Gelenkrheumatismus zwei Erfolge unter sechs Fällen. Bei Neuralgien

Digitized by Google

liess das Mittel im Stich, wenn die Affektion nicht auf rheumatischer Grundlage beruhte. Nebenwirkungen kamen im allgemeinen nicht zur Beobachtung.

Das Mesotan ist nach einem Sammelreferat von Dr. Meissner (Berlin) ein lokal anzuwendendes Mittel, das von der Haut aus gut resorbiert wird. Es kommt ihm eine derivierende Wirkung zu, deren Wert nicht zu unterschätzen ist. Hautreizungen werden gemildert durch Applikation eines Gemisches von Mesotan mit gleichen Mengen Olivenöl. Es ist besonders empfehlenswert, bei allen auf Erkältung zurückzuführenden und mit Schmerzempfindung einhergehenden, überhaupt überall da, wo die äusserliche, hauptsächlich aber die innerliche Darreichung von Salizylaten indiziert ist. Wo Hautreizungen entstehen, sind Bestäubungen mit einem Puder aus Protargol 1 g und Amylum 20 g schnell wirksam. Von der Firma M. Hellwig (Berlin) wird ein Mesotanpflaster hergestellt, welches in höchst bequemer Weise die Anwendung des Mesotans gestattet. Dieses Pflaster ist nach Art der Guttaperchapflastermulle perforiert hergestellt und sehr leicht zu applizieren.

Mesotan, ein äusserliches Antirheumatikum von Dr. Liepelt (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 16). — Über Mesotan von DDr. Criegern und Gröber (Heilk. 2. H.). — Über Mesotan von Dr. Kayser (Münch. med. Wochenschr. — Medico Nr. 40). — Über Mesotan, ein externes Antirheumatikum von Dr. Ruhemann (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 1. — Ther. Monatsh. 4. H.). — Über Mesotan von Dr. Frankenburger (Münch. med. Wochenschr. — Medico Nr. 32). — Über ein äusserlich anwendbares Antirheumatikum, das Mesotan von Dr. Meissner (Med. Woche Nr. 10).

Milzbrand. Dr. Graef (Frankenhausen) veröffentlicht die Erfahrungen, die er und befreundete Kollegen in etwa 50 Jahren bei Behandlung des Milzbrandes gemacht haben. Sie sind Anhänger der Ätzmethode und haben bei 384 Fällen nur 20 durch den Tod verloren. Den Standpunkt des praktischen Arztes, dem vor allem die Behandlung der frischen Fälle obliegt, fasst Graef in folgenden Sätzen zusammen. Die günstigen Erfolge der rein zuwartenden Behandlung des äusseren Milzbrandes berechtigen uns nicht zum Verzicht auf die örtliche Behandlung der Infektionsstelle der „Milzbrandpocke", da deren zeitige Zerstörung sehr wohl vermag, den Ausbruch der Allgemeinerkrankung zu verhüten. Die einfachste und zweckmässigste örtliche Behandlung ist die Ätzung mit dem Kalistift. Das Ausschneiden des nekrotischen Kernes im Toten ist als Vorbereitung zur Ätzung zulässig und ungefährlich. Das Spalten und Ausschneiden der Milzbrandpocke im Lebenden ist zum mindesten überflüssig, ohne nachfolgende Ätzung geradezu gefahrbringend.

Auf Grund seiner an 10 Fällen von Milzbrand gemachten Erfahrungen tritt Dr. Federschmidt (Dinkelsbühl) entschieden für die möglichst frühzeitige energische Lokaltherapie des äusseren Milzbrandes des Menschen, also sofortige Exzision der Pustel ein, und bekämpft die Anschauungen von v. Bramann und Müller, welche einer durchaus expektativen Therapie das Wort reden und jeden chirurgischen Eingriff bei der Pustula maligna perhorreszieren, indem sie befürchten, es könnten dabei Milzbrandkeime in die Blutbahn gelangen. Die meisten anderen Autoren empfehlen dagegen eine energische Lokaltherapie.

Dr. v. Baracz (Lemberg) behandelte drei Fälle von Milzbrand mit intravenösen Kollargolinjektionen und gelangte zur Überzeugung, dass dadurch der Verlauf äusserst günstig beeinflusst wurde; die lokale Therapie war fast indifferent. Es wurden verhältnismässig hohe Dosen injiziert, ohne dass üble Zufälle danach eintraten.

Zur Behandlung des äusseren Milzbrandes von Dr. Graef (Wien. klin. Rundschau Nr. 10). — Zur Kasuistik und Therapie des äusseren Milzbrandes des Menschen von Dr. Federschmidt (Münch. med. Wochenschr. Nr. 14). — Zur Behandlung des Milzbrandes mit intravenösen Injektionen von löslichem Silber (Collargolum) und über die Anwendbarkeit anderer löslicher Silberpräparate zu intravenösen Injektionen von Dr. v. Baracz (Langenb. Arch. f. klin. Chir. 70. Bd. 2. H.).

Milzexstirpation. Da die Milz ein rasch ersetzbares und leicht entbehrliches Organ ist, wie die praktischen Operationserfolge — sogar bei stark ausgebluteten Individuen und bei Schwangeren — zei-

Digitized by Google

gen, hält Prof. Jordan (Heidelberg) die bei beweglichem Organ fast ungefährliche Splenektomie auch bei relativer Indikation für gerechtfertigt. Aussichtslos und lebensgefährlich ist sie dagegen, wenn ein konstitutionelles Leiden vorliegt. Bei traumatischem Vorfall ist die Splenektomie der Reposition, bei subkutanen Zerreissungen ist sie der stets unsicheren Naht vorzuziehen. Bei Blutcysten und Echinococcuscysten soll man sich zur Einnähung und Drainage des Sackes nur dann entschliessen, wenn ausgedehnte Verwachsungen mit der Nachbarschaft bestehen; Analoges gilt für Fälle von Nekrose des Organs mit peripleuritischer Eiterung (nach Trauma), sowie von intralienaler Abszessbildung als Folge hämatogener Infektion. Auch bei den seltenen primären malignen Tumoren (Lymphosarkom) ist die Splenektomie berechtigt und aussichtsvoll. Bei allen sekundären Milztumoren ist die Operation zu verwerfen. Was die chronischen Hyperplasien der Milz betrifft, so ist bei der leukämischen und pseudoleukämischen Form die Operation kontraindiziert; bei der chronischen primären lokalen idiopathischen Hypertrophie, bei welcher alle bekannten Infektionen und Intoxikationen ausgeschlossen werden können, ist sie empfehlenswert, auch wenn sie mit Lebercirrhose kombiniert ist (Bantische Krankheit). Bei Wandermilz soll man das normale Organ annähen, das pathologisch vergrösserte entfernen. Die Malariamilz darf man „bei geeigneter Auswahl der Fälle" exstirpieren.

Dr. Schwarz legt Wert darauf, nur solche hyperplastischen Malariamilzen zu exstirpieren, welche beweglich sind. Hier sei die Operation immer anzuraten; handle es sich aber um Torsion des Milzstiels, so sei sie sogar dringend indiziert. Die Operierten standen im Alter von 22—43 Jahren; sechsmal unter zehn Fällen war Stieltorsion vorhanden, in einem Falle hatte diese zur Thrombose der Gefässe, zur Nekrose des Milzgewebes und adhäsiver Peritonitis geführt. Die Operation war in allen Fällen ohne unangenehme Accidentien. Das Gewicht der entfernten Organe schwankte zwischen 800 und 3500 g. Der Wundverlauf war in allen Fällen gut. Blutungen blieben aus. Die Blutbildungsverhältnisse erwiesen sich in allen Fällen gebessert und alle Operierten mit einer einzigen Ausnahme erfreuen sich einer guten Gesundheit. Niemals hat Schwarz kurz nach der Operation oder längere Zeit nachher Schmerzen an den langen Knochen, Hypertrophie an den Tonsillen, der Schilddrüse, der Lymphdrüsen und der Leber bemerkt. Einmal erwies sich die Leber längere Zeit hindurch vergrössert, hatte aber nach drei Jahren ihr normales Volumen wieder angenommen.

Die Exstirpation der Milz, ihre Indikationen und Resultate (an der Hand von sechs erfolgreichen Splenektomieen) von Prof. Jordan (Mitt. a. d. Grenzgeb. 11. Bd. 3. H. — Münch med. Wochenschr. Nr. 24). — 10 Fälle von Milzexstirpationen aus dem Bürgerhospital zu Adria mit 9 glücklichen Ausgängen von Dr. Schwarz (Gazz. d. osped. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 1).

Morbus Addisonii. Dr. Pospjelow berichtet über zwei Fälle von Addisonscher Krankheit, die Frauen betreffen. Bei der einen war nur die Haut, bei der zweiten waren auch die Schleimhäute erkrankt. Die erste Patientin wurde mit Nebennierensubstanz in Dosen zu 0,5 ein- bis viermal täglich behandelt. Die Behandlung dauerte ungefähr ein halbes Jahr, der Gesamtverbrauch betrug 457 Pastillen bezw. ca. 137,0 Nebennierensubstanz. Irgend unangenehme Nebenwirkung hat die Kur nicht gehabt. Der Zustand der Patientin hat sich auffallend gebessert. Die epileptoiden Anfälle, die sich bei der Patientin zweimal täglich wiederholten, wurden seltener und schwächer. Die heftigen, wehenartigen Schmerzen im oberen Teile des Abdomens liessen nach, die bestandene Diarrhöe verschwand, desgleichen die Anfälle von Kopfschwindel. Die Körperkraft hob sich, das Körpergewicht stieg um 14 Pfund. Die Hautfarbe zeigte gleichfalls bedeutende Besserung.

Dr. Pospjelow über die Behandlung der Addisonschen Krankheit mit Nebennierensubstanz in der Gesellschaft für Venerologie und Dermatologie in St. Petersburg (Med. Woche Nr. 14).

Morbus Barlowi. Der infantile Skorbut oder die Barlowsche Krankheit ist

Digitized by Google

nach Prof. Netter eine Affektion, welche von Rachitis verschieden ist; beide Affektionen können zwar zusammen vorkommen, aber sie beruhen auf verschiedenen Ursachen und sind nicht der gleichen Therapie zugänglich. Der im Kindesalter vorkommende Skorbut, wovon Netter 23 in Frankreich beobachtete Fälle tabellarisch zusammenstellt, folgt ziemlich häufig nur auf den ausschliesslichen Gebrauch der zu Hause oder fabrikmässig sterilisierten Milch. Die einfach bei 70° pasteurisierte Milch verursacht viel weniger Skorbut als die bei 100° und darüber sterilisierte, vorausgesetzt, dass erstere nicht noch weiteren Manipulationen (wiederholtem Aufkochen) ausgesetzt ist. Die pasteurisierte Milch darf daher nicht ein zweites Mal sterilisiert oder höchstens 1—2 Minuten lang auf 100° erhitzt werden. Die frische Milch enthält nun eine beträchtliche Menge (1%) von Zitronensäure in Form des amorphen, neutralen Ca citricum. Unter dem Einflusse der Siedehitze verwandelt sich dieses Salz mehr oder weniger in ein kristallisiertes, viel weniger lösliches und präzipitiert sich. Nachdem die Wirksamkeit der Zitronensäure gegen den Skorbut feststeht, wird man mit vollem Rechte zum Teil oder vollständig die Präventivkraft der frischen Milch ihrem Gehalte an zitronensauren Salzen zuschreiben. Die Sterilisierung der Milch, welche diesen Gehalt um die Hälfte oder zwei Drittel vermindert, nimmt ihr daher Bestandteile, welche zur Verhütung des Skorbuts oder als Gegenmittel desselben von der grössten Wichtigkeit sind. Diese Tatsachen sollte man nie vergessen, wenn es sich um ein ausschliesslich mit sterilisierter Milch ernährtes Kind handelt. Man sollte in solchen Fällen die Ernährungsstörungen, auch wenn sie noch nicht von ausgesprochenen Zeichen des Kinderskorbuts begleitet sind, sehr ernst nehmen. Ersatz der gekochten Milch mit einer frischen, welche kaum gekocht hat, Gebrauch von Fruchtsäften, Zusatz von zitronensauren Substanzen könnten dann dem Übel Einhalt tun und das Auftreten des wirklichen Skorbuts verhüten.

Die Anfangssymptome der Barlowschen Krankheit beschreibt Prof. Heubner (Berlin) folgendermassen: Die bis dahin gut gediehenen Kleinen fangen mit einem Male an zu kränkeln, werden verdriesslich und zeigen verminderten Appetit. Vor allem aber äussern sie heftige Schmerzen bei Berührung, besonders der unteren Extremitäten; dazu gesellen sich sehr bald Schwellungen, die vorwiegend an den Beinen, und zwar in der Epiphysengegend, ihren Sitz haben. Besitzen die Kinder schon Zähne, so tritt häufig eine blutige Suffusion des Zahnfleisches auf, die das Bild in charakteristischer Weise vervollständigt. Auch an anderen Stellen können hämorrhagische Anschwellungen auftreten. Ausnahmslos handelt es sich bei den Kindern, die von diesen an Skorbut, bezw. Rachitis erinnernden Erscheinungen befallen werden, um solche, die künstlich ernährt wurden, und zweifellos hängt die Entstehungsursache auch mit der künstlichen Nahrung zusammen. Wahrscheinlich bildet das Abkochen der Milch, wodurch dieselbe in ihrem Nährwerte ungünstig beeinflusst wird, das entscheidende Moment, wenigstens spricht die auf dieser Annahme beruhende Therapie dafür. Trifft man nach Erkennung der Krankheit die Anordnung, dass nunmehr die Milch ungekocht verabfolgt wird, so zeigt das Befinden oft schon nach wenigen Tagen eine Wendung zum Bessern. Daneben empfiehlt es sich, den Saft von rohem Fleische und von ungekochten Früchten (Apfelsinen, Kirschen, Himbeeren) zu reichen (dreimal täglich 2—3 Teelöffel voll). Wo die reine Milch nicht gut vertragen wird, kann man sie mit einer 5—7%igen Lösung von Soxhlets Nährzucker oder Soxhlets Liebigsuppenpulver oder Mellins food zu einem Drittel bis zur Hälfte verdünnen. Kindern, die über neun Monate alt sind, kann man daneben noch einige Teelöffel Kartoffelmus, Spinat oder Mohrrübenmus geben.

Die Barlowsche Krankheit hält Prof. Jacobi (New York) für therapeutisch leicht beeinflussbar, sowohl in ihrem Beginn, wie in vorgeschrittenen Stadien. Als Medikament spielt Fruchtsaft, Orangen- oder Ananassaft eine Rolle. Rachitische Zeichen erheischen Phosphortherapie. Sterilisierte Milch als alleinige

Digitized by Google

Nahrung ist zu verlassen, und wenn nicht anders, durch pasteurisierte Milch oder durch Beigabe von Amylaceen zu ersetzen.

Infantiler Skorbut und sterilisierte Milch, Einfluss der Sterilisation auf das Verschwinden der gegen den Skorbut wirksamen Bestandteile der Milch von Prof. Netter (Rev. d. mal. d. l'inf. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 8). — Über die Barlowsche Krankheit von Prof. Heubner (Berl. klin. Wochenschr. -- Medico Nr. 14). — Therapie des Säuglingsalters und der Kinderkrankheiten von Prof. Jacobi (3. Auflage).

Morbus Basedowii. Dr. Moebius (Leipzig) veranlasste die Firma Merck in Darmstadt, aus dem Blute schilddrüsenberaubter Pflanzenfresser (Hammel) ein Serum zur Behandlung Basedowkranker zu bereiten. Verfasser versuchte das Serum zuerst subkutan, indes es trat hiernach Fieber auf und ein Heilerfolg war nicht zu konstatieren. Daher liess er das Serum weiterhin per os nehmen, in einem Esslöffel süssen Weines, um den Geschmack der zur Konservierung hinzugesetzten Karbolsäure zu überdecken. Verfasser gab den Patienten einen um den anderen Tag 5 g von dem Serum. Das Ergebnis war, dass das Basedowserum niemals Störungen hervorrief und zweifellos den Kranken nützte. Zwar schien die Zahl der Pulse nicht stark abzunehmen, aber der Umfang des Halses wurde geringer, die Spannung des Struma nahm ab, die Kranken wurden ruhiger und schliefen besser. Es waren Patienten, welche seit Jahren am Morbus Basedowii gutartiger Natur litten und lange auf verschiedene Weise behandelt worden waren, doch der Erfolg war nicht so ausgesprochen wie beim Serum gewesen. Wurde die Behandlung unterbrochen, so wurde der Halsumfang nach einigen Wochen in der Regel wieder grösser. Verfasser fordert dazu auf, das Serum an Kliniken weiter zu prüfen, besonders auch die nötige Dosierung zu studieren. Bisher war das Serum so teuer, dass er keine höhere Dosis als 5 g anwenden konnte. Verfasser hat auch das aus der Milch thyreoidektomierter Tiere gewonnene Pulver Rodagen, das etwas billiger ist als das Serum, verordnet und ebenfalls günstige Erfolge, wenn auch geringere, als mit dem Serum erzielt.

Auch Prof. Lanz (Amsterdam) hat schon vor acht Jahren (1895) angefangen, Ziegen zu dem Zweck die Schilddrüse zu entfernen, um an Basedowscher Krankheit leidende Patienten mit dem Serum resp. der Milch der thyreoidektomierten Tiere zu behandeln. Der Grundgedanke dabei ist der, dass die Schilddrüse ein Sekret absondert, welches ein bei der Schilddrüse beraubten Individuen im Organismus zirkulierendes Kachexiegift neutralisiert, weswegen es gelingt, die Cachexia strumipriva durch Schilddrüsenfütterung zu heilen; ebenso ist zu erwarten, dass das bei der Basedowschen Krankheit übermässig produzierte oder pathologisch veränderte Schilddrüsengift durch das Kachexiegift, welches im Serum thyreoidektomierter Tiere vorhanden ist, neutralisiert werden könne. Verfasser berichtet über vier Basedowkranke, welche längere Zeit hindurch die Milch thyreoidektomierter Ziegen nahmen und, trotzdem sie teilweise sehr schwere und ausgesprochene Krankheitssymptome hatten, mehr oder weniger von sämtlichen Krankheitssymptomen befreit wurden. Auch nach Aussetzen der Milch hielt die Besserung an. Die bisherigen Erfolge sind so ermutigend, dass man nur wünschen kann, dass diese Methode der Behandlung der Basedowschen Krankheit auch anderweitig versucht würde.

Das Moebiussche Antithyreoidserum verwendeten Dr. Burghart und Dr. Blumenthal (Berlin) in zwei schweren Fällen von Basedowscher Krankheit. Im ersten wurde die ersten acht Tage täglich einmal, später durch drei Wochen jeden zweiten Tag 1 ccm eingespritzt. Die Patientin besserte sich rasch, die vorher bestandene Schlaflosigkeit wich schon nach acht Tagen; die Struma verkleinerte sich, auch die Pulsfrequenz sank und das Gewicht nahm um 10 Pfund zu. Nach Unterbrechung der Behandlung verschlimmerte sich der Zustand und Patientin wurde dann mit Rodagen 6,5 g pro die behandelt. Auch hier trat bald Besserung ein. In einem zweiten Falle wurde ebenfalls Besserung erzielt. Zehn weitere mit Rodagen behandelte Fälle verliefen ebenfalls günstig.

Digitized by Google

In jedem Falle wich die Schlaflosigkeit, die Körperschwäche, Abmagerung, das Zittern und Schwitzen. In zwei Fällen ging auch der Exophthalmus vollständig zurück. Die Struma blieb zwar in einigen Fällen an Umfang unverändert, doch wurde sie stets weicher.

Dr. Schultes teilt die augenfällige Wirkung des Moebiusschen Serums in einem Falle von ausgesprochenem, mit Psychose einhergehendem Basedow mit, in dem nicht nur das plötzliche Verschwinden der Psychose, sondern auch ein Zurückgehen der Struma um 2 cm in einigen Wochen, sowie schliesslich ein Herabsinken der Pulsfrequenz von 140 auf 80—90 konstatiert werden konnte.

Da das Sekret der Schilddrüse stark jodhaltig ist, und die Basedowsche Krankheit als Hyperthyreoidismus aufzufassen ist, so mutmasste Dr. Kirnberger, ob nicht vermehrte Jodproduktion neben anderen Drüsenprodukten zur Hervorrufung einzelner Symptome, insbesondere der im Verlauf der Krankheit eintretenden Abmagerung beitragen könne. Deshalb versuchte er ein Jodantidot, das sulfanilsaure Natron, 10,0 g pro Tag. Das Mittel wurde sehr gut vertragen, vermehrte in allen Fällen den Appetit, die Patienten nahmen an Gewicht zu, und das Schwächegefühl wich einem subjektiven Wohlbefinden. Nur in zwei Fällen konnte auch eine Verkleinerung des Kropfes, in allen Fällen jedoch eine Erniedrigung der Pulsfrequenz erzielt werden. Der Tremor blieb unbeeinflusst.

Die von Dr. Heller empfohlene Hydrotherapie bei Morbus Basedowii besteht in folgendem: Der von 40° R durchströmte Rückenschlauch wird auf das in 16grädiges Wasser getauchte Leintuch gelegt, der Patient legt sich mit dem Rücken darauf, so dass der Schlauch entlang der Hals- und Brustwirbelsäule zu liegen kommt und wird dann in dieser Weise eingepackt. In der Packung bleiben die Patienten eine Stunde liegen, darauf erhalten sie einen kurzen, wechselwarmen Regen. Schon nach den ersten Packungen zeigt sich wesentliche Besserung, voller, kräftiger Puls und Verlangsamung der Herzaktion. Bei seinen Untersuchungen über das Verhalten der Zirkulation unter der Einwirkung dieser Prozedur kam Verfasser noch zu folgenden Resultaten: 1. Es scheint, dass durch entsprechend lange Einwirkung von Wärme auf die obersten Partien des Rückgrats tatsächlich die Herz- und Gefässinnervation (sowohl des gesunden als auch des kranken Herzens) beeinflusst wird. 2. Diese Veränderungen lassen sich auf eine direkte Einwirkung der Wärme auf die kardiovaskulären Zentren zurückführen. 3. Die Veränderungen bestehen in einer Zunahme an Kraft der einzelnen Systolen, einer Zunahme des ganzen Gefässtonus und einer besseren Füllung des arteriellen Systems. 4. Es sind dies nicht nur vorübergehende Erscheinungen, sie scheinen vielmehr dauernd auf die Zirkulation einzuwirken. 5. Man ist auf Grund von Beobachtungen berechtigt, anzunehmen, dass durch die Regelung der Zirkulation, durch die gleichzeitig bedingte Besserung der gesamten vitalen Funktionen ein Weg geboten ist, um die toxischen Stoffe, die durch eine abnorme Sekretion der Thyreoidea in den Organismus gelangen, wieder aus dem Körper zu entfernen und weitere Vergiftungen zu verhindern. Es ist ja auch ganz gut denkbar, dass durch die Einwirkung der Wärme auf den Halsteil des Vagus und Sympathikus, die in innigen Beziehungen zueinander stehen und gerade auch die Zirkulationsverhältnisse in der Thyreoidea bedingen, direkt ein Einfluss auf die Sekretion der Drüse ausgeübt wird. Weitere Untersuchungen werden diese Verhältnisse noch klären.

Nach einer Mitteilung von Dr. Wertheimer (Kaltenleutgeben) aus der dortigen Anstalt des Prof. Winternitz gibt es kein Heilverfahren, das eine wirksamere Handhabe zur Bekämpfung der subjektiven, teilweise auch der objektiven Symptome des Morbus Basedowii in die Hand geben würde, als die Hydrotherapie. Autor veröffentlicht zwei schwere Fälle, in denen er durch Bettruhe, Milchdiät, Teilwaschungen, Kühlschläuche auf das Herz und den Hals, feuchte Einpackungen, Halbbäder von 28—26°, Stammumschlag, Rückenschlauch etc. sehr günstige Erfolge erzielte.

Dr. Durand rühmt die galvani-

Digitized by Google

sche Behandlung des Morbus Basedowii. Sie wird so ausgeführt, dass zwei grosse Schwammelektroden (100–200 qcm) auf die Drüse und auf den Nacken gesetzt werden, und dass ein starker Strom (bis 60 M.-A.) eine halbe Stunde lang täglich hindurchgeleitet wird. Diese Methode hat Bordier mit grossem Erfolge angewandt. Die Methode von Guilloz ist ein wenig anders, aber auch sehr gut. Wenn man die Kranken so behandelt, so hört die Tachykardie sehr bald auf und dann schwinden die übrigen Symptome, zuletzt der Exophthalmus. Da bei der Faradisation erst das Zittern, der Kropf, der Exophthalmus verschwinden, die Tachykardie zuletzt, können die beiden Methoden einander sogar ergänzen.

Über das Antithyreoidin von Dr. Moebius (Münch. med. Wochenschr. Nr. 4. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 8). — Weitere Mitteilung über serotherapeutische Behandlung des Morbus Basedowii von Prof. Lanz (Ebendaselbst. — Ebendaselbst). — Über die spezifische Behandlung des Morbus Basedowii von DDr. Burghart und Blumenthal (Ther. d. Gegenw. 7. H.). — Zur Antithyreoidinbehandlung der Basedowschen Krankheit von Dr. Schultes (Münch. med. Wochenschr. Nr. 20). — Zur Therapie der Basedowschen Krankheit von Dr. Kirnberger (Ther. d. Gegenw. 7. H.). — Zur Therapie der Basedowschen Krankheit (Wien. med. Presse Nr. 10 u 11). — Zur Hydrotherapie des Basedow von Dr. Wertheimer (Zentralbl. f. d. ges. Ther. — Zeitschr. f. diät. und phys. Ther. 7. Bd. 7. H.). — Elektrische Behandlung der Basedow-Krankheit von Dr. Durand (Thèse de Lyon. — Schm. Jahrb. 278. Bd. 4 H.).

Morphium. In einem wertvollen Buche hat Prof. Rosenbach (Berlin) den praktischen Teil seiner Forschungen über die Wirksamkeit des Morphiums dargelegt. Morphium kann für alle jene Fälle als wirksames Mittel gelten, wo es gelingt, festzustellen, „dass der Exzess einer bestimmten Reaktion das dynamische Gleichgewicht stört"; bei seiner Anwendung kommt es entweder mehr auf die sedative oder auf die innere (tonische) Wirkung an. Der Grundsatz, dass Morphium und Opium bei akuten fieberhaften Krankheiten, namentlich der Atmungsorgane, sowie bei chronischen Krankheiten des Herzens und des Gefässapparates nicht anzuwenden sei, hält Rosenbach für durchaus unberechtigt. Im Gegenteile ist die Morphiumtherapie sogar für schwere Fälle von Herzkrankheiten und chronischen Erkrankungen des Atmungsapparates dringend zu empfehlen und zwar nicht etwa nur dann, wenn die Euthanasie damit befördert werden soll, sondern gerade dann, wenn es gilt, die Heilwirkung des Morphium zu entfalten, da doch „kein Mittel besser als Morphium geeignet ist, den letzten stärksten Kampf des Organismus für Wiederherstellung des gestörten Gleichgewichts zu unterstützen". In seiner Wirkung als Tonikum lässt sich Morphium nur mit der Digitalis vergleichen, wenn auch der Mechanismus der Wirkung dieser Mittel durchaus verschieden ist. Namentlich bei schweren, organischen Herzkrankheiten wirkt daher eine Morphiuminjektion oft lebensrettend. Besonders erfreuliche Erfolge erzielt man ferner bei nervösen Herzaffektionen. Hier wirken gerade kleinere Dosen oft zauberhaft. Natürlich hat man sich hier besonders davor zu hüten, Morphiumsucht zu züchten; die Verordnung jeder einzelnen Dosis muss daher stets in der Hand des Arztes bleiben (!). Bei Fieberkranken und besonders bei Typhuskranken sind Indikationen für die Anwendung des Morphiums gegeben, wo eine besondere Erregbarkeit des Muskel- oder Nervensystems besteht und durch dieselbe auf die Regulation des fieberhaften Prozesses ein ungünstiger Einfluss ausgeübt wird; es empfiehlt sich natürlich die Kombination mit Antithermicis. Bei akuten Erkrankungen des Respirationsapparates, namentlich der croupösen Pneumonie kommt dem Morphium ausserdem eine entschieden antikongestive Wirkung zu; Rosenbach hat bei akuter Kongestion oder abnorm hohem pulmonalen Blutdruck oft günstige Wirkungen durch seine Darreichung erzielt, welche er auf Rechnung einer lokalen Beeinflussung des erkrankten Gewebes setzt. Bei drohendem Ödem der Lungen ist zuweilen die Morphium-Injektion geradezu unerlässlich; die Herabsetzung des übermässig gesteigerten Arteriendruckes zeigt die günstige Wirkung an. Beim Husten, bei Phthise und Lungenblutung ist vor allem jede schematische Morphiumbehandlung zu vermeiden. Es gilt hier, erschöpfende nutzlose Anstrengungen und

Digitized by Google

Irradiationswirkungen hintanzuhalten, Exzesse im Walten des Reflexmechanismus zu verhüten. Die Kombination von Exspektorantien mit Opiaten kann sich da gegebenen Falls empfehlen, ebenso wie ja zuweilen die Verbindung von Ekkoproticis mit Opium vorteilhaft ist. Durch die Anwendung des Morphiums bei urämischen Krämpfen erfüllt man nicht nur eine symptomatische, sondern auch eine kausale Indikation, wofür Rosenbach den Beweis zu erbringen sucht. Rosenbach gibt bei Verdacht auf Urämie schon bei den ersten leichten Muskelzuckungen Morphium — bei Kindern 0,003, bei Erwachsenen 0,005 — als Injektion. Die Opiumbehandlung der Epilepsie hält Rosenbach für theoretisch berechtigt, praktisch aber undurchführbar, weil wir den Zeitpunkt des Ausbruches des einzelnen Anfalles nicht genau kennen, demnach zu einem konstanten Gebrauche von Opium schreiten müssten, welcher aber erfahrungsgemäss auf das Nervensystem recht ungünstig einwirkt.

Morphium als Heilmittel von Prof. Rosenbach (Berlin, Fischers Verlag).

Myalgie. Es gelang Prof. Rosenbach (Berlin) nachzuweisen, dass die als charakteristisch für Neuralgien angesehenen Symptome: Druckschmerzpunkte neben diffuser Schmerzhaftigkeit und typische Periodizität bezw. Intermittenz der Erscheinungen, auch den von ihm unter dem Namen der Myalgie zusammengefassten sogenannten rheumatischen Muskelaffektionen zukommen. So war bei der sogenannten Ischias nur selten der reine Typus der Nervenkrankheit zu finden, während im Gegenteil meistens ein primär affizierter Muskel oder eine solche Muskelgruppe festgestellt und selbst in veralteten Fällen durch eine geeignete kausale Therapie eine auffallend schnelle Heilung oder Besserung herbeigeführt werden konnte. In vielen Fällen zeigte sich, dass die typisch ausgebreiteten Störungen an der Beugeseite des Schenkels und sogar die Affektion des anderen Beines (also doppelseitige Ischias!) Folgen der primären lokalen Muskelaffektion und auf die abnorme Belastung anderer Muskelgruppen, namentlich auch der Wadenmuskeln zurückgeführt werden können. Myopathien mit Sitz im M. frontalis sind ferner eine sehr häufige Ursache von migräneartigen Schmerzen, andere die von sonstigen vermeintlichen Neuralgien, vor allem von Kardialgien. Was die letzteren anlangt, so werden in den schmerzhaften Bauchmuskeln durch die wechselnde Füllung und die peristaltischen Bewegungen des Darms dumpfere oder stärkere Sensationen erzeugt, die in der Regel auf den Magen, aber auch auf das Cökum, die Gallenblase usw. bezogen zu werden pflegen. Diejenigen Mittel, welche, wie z. B. das Antipyrin, speziell als Antineuralgika angesehen zu werden pflegen, sind nach Rosenbach in erster Linie Muskelmittel und erst sekundär Nervenmittel, da sie hauptsächlich die mit starker Muskelaffektion verbundenen Neuralgien und vor allem die myalgische Form der Migräne beeinflussen. Im Verlaufe der weiteren Untersuchungen über diese Fragen ergab sich aber auch, dass dem ausserordentlich labilen Muskelapparate eine gewisse Bedeutung für schmerzhafte Empfindungen und abnorme Erscheinungen im Gebiete der inneren Organe zukommt, dass jener also in vielen Fällen der ausschliessliche oder hauptsächliche Sitz des Leidens ist, wo fälschlicherweise eine tieferliegende Affektion angenommen wird. Dies gilt auch für den Thorax und für die motorischen Apparate des Pharynx und Ösophagus. Viele Fälle anscheinender Angina und Dysphagie beruhen ausschliesslich auf Myalgie der Hals- und Brustmuskeln. Myalgien kommen z. B. auffallend häufig bei gewissen Störungen im Verdauungsapparate vor, die sich nicht genau präzisieren lassen, aber gewöhnlich mit Anomalien des Stuhlgangs und auch mit deutlichen Veränderungen im Venensystem (hämorrhoidalen Erkrankungen) in charakteristischer Weise vergesellschaftet sind. Ohne dass man durchaus und in allen Fällen der Muskelerkrankung die Rolle der kausalen oder auch nur primären Affektion zuzuerteilen braucht, stehen hier die Muskelbeschwerden (grosse Rücken-, Bein- und Beckenmuskeln) in demselben Zusammenhange mit den Darmbeschwer-

Digitized by Google

den, wie bei der sogenannten Ischias, bei der, wo sie linksseitig auftritt, gewöhnlich Störungen im Gebiet des Colon descendens, wo sie sich rechtsseitig zeigt, solche im Gebiete des Cökums bezw. des Colon ascendens Hand in Hand zu gehen pflegen. Auch bei der Migräne sind wohl sicher verschiedene Formen mit verschiedener Ätiologie zu unterscheiden, die ebenso wie bezüglich der Diagnose auch bezüglich der Behandlung des Falles wesentliche Differenzen ergeben. Während in den Fällen, in denen eine lokale Nasen- oder Zahnaffektion die Ursache der Erscheinungen ist, deutliche Schmerzpunkte, namentlich ein Supraorbital- und ein Nasalpunkt, sowie auch stets Symptome von seiten des Auges (Konjunktivalinjektion, Tränenträufeln, Lichtsehen, auch wohl Pupillenerweiterung) gefunden werden, zeigen sich bei myogenen Affektionen nur schmerzhafte Regionen am Nacken und Halse, schmerzhaftes rhythmisches Klopfen und Pulsieren, namentlich wenn die der Karotis benachbarten Muskelgebiete, der M. sternocleidomastoideus und die Mm. scaleni afficiert sind. Für den im Schädel selbst lokalisierten Kopfschmerz pflegt das Substrat der M. frontalis zu sein. Sehr häufig wird Pleuritis, ja sogar ein tuberkulöser Lungenkatarrh durch schmerzhafte Affektion der Thoraxmuskeln vorgetäuscht; oft ist die Diagnose nur ex juvantibus, d. h. dem Schwinden der Erscheinungen nach mehrstündiger Wärmeapplikation zu stellen. Die Myalgien der Bauch- und Rückenmuskeln vermögen eine typische Kardialgie oder eine andere Form der Magenerkrankung, namentlich bei Frauen und Mädchen vorzutäuschen (Zwangshaltung verbunden mit beträchtlichen Graden von Anämie oder Chlorose). Wichtig ist besonders die Tatsache, dass stenokardische resp. asthmatische Anfälle auf rein myogener Basis vorkommen. Differentialdiagnostisch bedeutungsvoll ist, dass hier stets Pulsverlangsamung, ebenso Arythmie (wenn nicht gerade unregelmässige Atmung vorliegt) und Tachykardie (abgesehen von Fällen grosser psychisch bedingter Angst) fehlen. Charakteristisch hingegen ist das Bestreben, die sich oft spontan einstellenden, tiefen, seufzenden Inspirationen zu hemmen. Die Behandlung wird bei den Wechselbeziehungen zwischen Muskeln und Hautdecke zunächst auf eine Verhinderung der Wärmeabfuhr aus den abnorm funktionierenden Muskeln (Bedecken der Teile, Applikation von Salben und Pflastern, die zugleich mässige Fixation bewirken) Bedacht zu nehmen haben, ferner auf methodische Beeinflussung des Gewebes selbst durch die Massage in ihren verschiedensten Formen. Bei der akuten Form der Muskelanstrengung ist diese Behandlungsweise passend mit der Applikation stärkerer Induktionsströme (elektrische Massage) zu verbinden. Bei Sitz der Erkrankung in den Fascien und Sehnen ist natürlich darauf zu achten, dass die erkrankten Partien selbst zum Angriffspunkt gewählt werden. Oft ist es notwendig, die perverse Tätigkeit eines durch den Ausfall seines Partners tonisch innervierten Antagonisten zwangsweise aufzuheben oder die Bewegung eines durch Untätigkeit paretischen Muskels zu erzwingen. Regelung des Stuhlganges erfordern die hämorrhoidalen Störungen; hingegen sind bei Myalgien der Bauch- und Rückenmuskeln, die unter dem Bilde eines Magenleidens verlaufen, unter keinen Umständen Änderungen der Diät vorzunehmen, da dadurch die Kranken nur geschwächt und empfindlicher werden.

Über die diagnostische Bedeutung und Behandlung funktioneller Myopathien von Prof. Rosenbach (Ther. d. Gegenw. 4. H. — Ther. Monatsh. 12. H.).

Myopie. Das Zustandekommen der Myopie erfolgt nach Dr. Kunn in folgender Weise: Der Mensch wird hypermetrop geboren; verschiebt sich nun beim weiteren Wachstum das bei der Geburt bestehende Verhältnis zwischen der Augenachse und der Brechkraft des Auges, dann kommt es zur Emmetropie und Myopie, wobei das Auge durchaus nicht als krank anzusehen ist. Die hochgradige Myopie ist dagegen eine pathologische Erscheinung; sie kommt durch die Ausbuchtung der Bulbushöhle am hinteren Augenpol zu stande und die Disposition ist angeboren; die Schulmyopie erhebt sich niemals zu höheren Graden, während

Digitized by Google

man früher geglaubt hat, dass letztere durch Fortentwickelung der Schulmyopie entstehen. Die Zunahme der Myopie bei Kindern erfolgt bei weitem langsamer, wenn voll korrigierende Gläser getragen werden; die Kinder müssen unter steter ärztlicher Kontrolle stehen, damit ihnen bei einer Änderung der Myopie sofort das entsprechende Korrektionsglas gegeben werden kann. Der richtige Vorgang bei der Behandlung der Myopie ist folgender: Zunächst muss die Diagnose möglichst frühzeitig, sobald das Kind zu lesen beginnt, gestellt werden. Hat man den Grad der Myopie und die Sehschärfe festgestellt, gebe man sofort ein voll korrigierendes Glas. Die Kinder müssen bis zum Abschlusse des Wachstums wiederholt untersucht werden, damit etwaige Schwankungen des Refraktionszustandes sofort durch Gläser korrigiert werden. Wenn der Patient aber erst dann zur ersten Untersuchung gelangt, wenn er schon nicht voll korrigierende Brillen getragen hat, dann verordnet man ihm, um ihn in seinem gewohnten Sehakte nicht zu stören, zuerst dasjenige Glas, welches eine entsprechende Korrektion für die Nähe bewirkt. Hat er sich an dasselbe gewöhnt, so steigt man langsam mit den Brillen bis zur vollen Korrektion an, so dass sich Patient allmählich und unbemerkt an die veränderte Grösse der Netzhautbilder gewöhnt.

Dr. Vacher und Dr. Bailliart vertreten in der Behandlung der Myopie auf Grund langjähriger Erfahrungen den Standpunkt den auch andere Autoren vertreten, dass die Zunahme der Kurzsichtigkeit mit ihren Komplikationen nicht durch den Einfluss der Akkommodation, sondern der Konvergenz zu stande komme, und dass die Vernachlässigung der Akkommodation mit nachfolgender Untätigkeitsatrophie des Ciliarmuskels zu wesentlichen Ernährungsstörungen im Auge führe. Da dieser atrophierende Prozess mit der Entstehung der Myopie beginne, empfehlen sie möglichste Vollkorrektion von Anfang an, und zwar bei allen Myopen ohne wesentliche Hintergrundsveränderungen. Am günstigsten ist dieses Verfahren bei jugendlichen Individuen von etwa sechs Jahren an (Schulanfang), bei denen bekanntlich das schnellste Fortschreiten der Myopie beobachtet wird. Bei Erwachsenen hat die Erfahrung gelehrt, dass gelegentlich allmähliche Annäherung, eventuell durch Jahre hindurch, an die Vollkorrektion versucht werden muss, wenn anfangs stärkere Gläser nicht vertragen werden. Zuweilen wird zur Unterdrückung von Akkommodationsspasmen eine Atropinbehandlung angezeigt sein. Von besonderer Wichtigkeit ist ein genügend grosser Abstand (über 35 cm) der Objekte bei Naharbeit. Bei frischen myopischen Veränderungen soll jede Akkommodations- und Konvergenz-Anstrengung vermieden werden, durch abwechselnden Verschluss eines Auges, am besten völlige Akkommodations- und Konvergenz-Ruhe angestrebt werden. Besondere Berücksichtigung erfordern Anisometropen höheren Grades, bei denen das starke Konkavglas vor dem kurzsichtigeren Auge öfters lästige Störungen verursacht.

Prof. Emmert erörtert seine Erfahrungen, die er seit 1896 an 50 glücklich operierten Myopien gemacht hat. Er befolgt den Grundsatz, vorsichtig die Fälle auszuwählen und nicht mehr als zwei Eingriffe vorzunehmen: 1. eine ausgedehnte Diszision mit möglichst breiter Nadel und 2. am nächsten oder einem der nächsten Tage Evakuation der breiigen Linsenmassen mit dem Davielschen Löffel oder einem eigens von ihm dazu ersonnenen Instrumentchen. Öftere Eingriffe zur Beschleunigung der Resorption oder Spaltung von Nachstaren hält er für bedenklich, besonders wegen der Glaskörperläsion und vermehrter Infektionsgelegenheit. Er empfiehlt, eine sorgfältige Prognose zu stellen und die Operation auf stark Kurzsichtige zu beschränken, namentlich auf solche, bei denen die Sehschärfe trotz Korrektion ungenügend bleibt, und solche, die stärkere Gläser nicht vertragen oder durch ihren Beruf gezwungen sind, in die Ferne zu sehen.

Die operative Behandlung starker Kurzsichtigkeit von 10 D aufwärts geschieht in der Sattlerschen Klinik, wie Dr. Voigt ausführt, seit Jahren durch primäre Linearextraktion der klaren Linse nach Hess. Auf Grund der bisherigen guten Erfahrungen gibt Verfasser

Digitized by Google

diesem Verfahren den Vorzug vor der allgemein üblichen Diszission mit nachfolgender Extraktion der getrübten Linse. Es hat sich an dem grossen Materiale der Leipziger Augenheilanstalt bei dem Vergleiche der beiden Methoden herausgestellt, dass bei der primären Extraktion wesentlich weniger operative Eingriffe (meist nur zwei) nötig sind, als bei dem anderen Verfahren. Damit verringern sich nicht nur die Infektionsgelegenheiten, sondern auch die mit der Diszission des Nachstars verbundenen Glaskörperinsulte. Ein anderer Vorteil zeigte sich in dem viel selteneren Auftreten von Sekundärglaukom, das die Diszission so häufig kompliziert. Die glaukomatösen Zustände traten eigentlich nur bei vorzeitiger Nachstardiszission auf. Von grösster praktischer Bedeutung ist das Hesssche Verfahren jedenfalls durch die sehr viel kürzere Behandlungsdauer, die bei der Diszission fast ebenso viele Monate erfordert, wie bei der anderen Wochen.

Dr. Kunn über moderne Behandlung der Kurzsichtigkeit im Wiener medizinischen Doktorenkollegium (Med. Woche Nr. 15). — Über den Einfluss der Vollkorrektion der Myopie auf deren Fortschritt von DDr. Vacher und Bailliart (Ann. d. Acad. — Schm. Jahrb. 277. Bd. 1. H.). — 50 Operationen gegen Myopie durch Evacuatio lentis von Prof. Emmert (Arch. f. Ophth. 55. Bd. 2. H. — Schm. Jahrb. 278. Bd. 5. H.) — Über die operative Behandlung hochgradiger Kurzsichtigkeit mittelst der primären Linearextraktion der klaren Linse und ihre Erfolge von Dr. Voigt (Arch. f. Ophthalm. — Schm. Jahrb. 277. Bd. 1. H.).

N.

Nafalan. Das Nafalan ist eine dem Naftalan nachgebildete Salbengrundlage, die aus 95% kaukasischem Naphtha und 5% Seife besteht. Das Präparat ist eine schwarzbraune, kaum merklich nach Naphtha riechende Salbe, die sich trotz ihrer Konsistenz ausserordentlich gut in die Haut verreiben lässt, infolge ihrer grossen Penetrationskraft leicht in die Gewebe eindringt und daher rasch ihre therapeutische Wirksamkeit entfaltet. Dr. Spiegel und Dr. Auerbach gelangen auf Grund ihrer Untersuchungen zu folgenden Schlussfolgerungen: Nafalan erweist sich in seinen chemischen wie physikalischen Eigenschaften als ein dem Naftalan sehr nahestehendes, wesentlich aus Mineralfetten bestehendes Medium, das, wie dieses vermöge seiner Konsistenz, Emulgierbarkeit, Aufnahmefähigkeit für wässerige Lösungen, Haltbarkeit, seiner Schutzwirkung gegenüber beigemengten, leicht zersetzlichen Substanzen und wegen seiner Widerstandsfähigkeit gegen Keimeinwanderung als Salbengrundlage wie als Verbandmittel durchaus geeignet erscheint.

Aus der Allgemeinen Poliklinik in Wien berichtet Dr. Meisels über die Erfahrungen, die er mit dem Nafalan in der Dermatotherapie gemacht hat. Besonders für die Behandlung der Ekzeme dürfte es kaum ein besseres Präparat geben, wenn man bei der Anwendung des Mittels zu individualisieren versteht. Zur Verfügung standen neben dem reinen Nafalan das Hausnafalan, das folgende Zusammensetzung hat: Nafalan 50%, Adeps Lanae anhydr. 20%, Zinc. oxydat. 15% und Paraffin. solid. 15%, ferner: Nafalan-Streupulver, -Seife, -Suppositorien und -Pflaster.

Dr. Hönigschmied (Weistrach) hat das Nafalan bei Quetschungen, Ulcus cruris, Erysipel und Phlegmone, Exkoriationen und Geschwüren, Impetigo, Lichen und Prurigo, skrofulösen Drüsenanschwellungen, Schrunden und Zerklüftungen der Hand, Verbrennungen, akuten, subakuten und chronischen Ekzemen, Herpes zoster, akutem und chronischem Muskel- und Gelenkrheumatismus, Insektenstichen, Pleuritis, Pediculis, Hämorrhoiden und Analjucken, Schnitt- und Risswunden angewandt und kann das Mittel zu weiteren Versuchen bestens empfehlen.

Dr. Grünfeld (Wien) hat das Na-

Digitized by Google

falan in 119 Fällen verschiedenster Art verwendet und gibt folgendes Resumé seiner Beobachtungen: 1. Das Nafalan ist ein gut brauchbares Wundheilmittel und eignet sich ebenso zum Verband oberflächlicher Hautläsionen, als auch zur Behandlung verschiedenartiger geschwüriger Prozesse. 2. Das Nafalan beeinflusst in günstiger Weise verschiedene Dermatosen, insbesondere beim subakuten und chronischen Ekzem lässt sich ein sicherer Heilerfolg damit erzielen. 3. Das Nafalan wirkt durch Beeinflussung der peripheren Nerven hochgradig juckstillend. 4. Bei Gelenkerkrankungen, insbesondere rheumatischen und gonorrhoischen, ist die lokale Nafalantherapie jeder anderen vorzuziehen; dasselbe gilt auch von der Behandlung der Nebenhoden- und Venenentzündungen. 5. Das Nafalan ist eine Salbengrundlage par excellence: es wird nicht ranzig, ist unbegrenzt haltbar, ist ein gegen Mikroorganismen immuner Körper und entfaltet rasche starke Tiefenwirkung. 6. Das Nafalan wirkt anämisierend, entzündungswidrig, schmerzstillend; es adstringiert die Blutgefässe der Papillarschicht und begünstigt das Aufsaugen von Infiltraten. Es ergibt sich also, dass das Nafalan ein gut verwendbarer Arzneikörper ist, welcher mit dem ursprünglich verordneten Naftalan nicht nur seiner chemischen Zusammensetzung nach nahezu identisch ist, sondern ihm auch bezüglich seiner therapeutischen Wirkung vollständig gleichwertig erscheint. Nachfolgende Rezepte haben sich bei dem Gebrauche des Nafalans als brauchbar bewährt:

Rp. Nafalan 100,0.
D. S. Messerrückendick auf Leinwand aufzustreichen.

Rp. Bals. Peruvian. 20,0—50,0
Nafalan ad 100,0.
M. f. u. Scabies.

Rp. Acid. salicyl. 2,0—5,0—10,0
Nafalan ad 100,0.
M. f. u. Zur Erweichung von dicken Schwielen bei Ekzem.

Rp. Arg. nitric. 1,0
Bals. Peruvian. 10,0
Nafalan ad 100,0.
M. f. u. Torpide Fussgeschwüre.

Rp. Zinci oxyd. alb. 30,0
Nafalan 70,0.
M. f. u. Eczema papulosum; Intertrigo.

Rp. Plumb. jodat. 6,0—10,0
Nafalan ad 100,0.
M. f. u. Chronische Epididymitis.

Rp. Olei Rusci 5,0—10,0
Nafalan ad 100,0.
M. f. u. Chronische infiltrierte Ekzeme.

Rp. Past. Lassari
Nafalan āā 50,0.
M. f. u. Ekzem bei Kindern.

Rp. Nafalan 50,0
Ung. Wilson
Amyl. āā 25,0.
M. f. u. Eczema papulos. Kinderekzeme.

Untersuchung über Nafalan von DDr. Spiegel und Auerbach (Pharm. Zentralbl. Nr. 39 — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 43). — Über Nafalan von Dr. Meisels (Med. chir. Zentralbl. 11. H. — Medico Nr. 50). — Über Nafalan von Dr. Hönigschmied (Med. Blätter Nr. 37 u. 38). — Über die Verwendbarkeit des Nafalan in der Therapie von Dr. Grünfeld (Ärztl. Zentral-Ztg. Nr. 38-39. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 43).

Narkose und Anästhesierung. Unter jene Umstände, welche die Immunität schwächen oder ganz beseitigen, gehört nach Dr. Snell (Utrecht) auch die Narkose. Da die Narkose alltäglich von den Chirurgen zu Operationszwecken ausgeübt wird, so lohnt es sich, zu prüfen, ob die Lunge in diesem Zustande ihre heilsamen bakteriziden Kräfte beibehält oder ob sie sie verliert, wie auch die Immunität bei refraktären Tieren beseitigt wird durch Alkohol, Äther oder Chloral. Verfasser hat als Probetier das Meerschweinchen gewählt, welches nicht immun ist gegen Milzbrand, obschon seine Lunge normaliter eine grosse bakterizide Kraft dagegen hat; als Infektionsart nahm Verfasser den Milzbrandbacillus, welcher gewiss nicht weniger virulent ist, als der Pneumococcus und andere Organismen, welche Pneumonie erregen können. Da es notwendig ist, bei solchen Versuchen nicht die mindeste Läsion der Gewebe in der Trachea oder an der Lungenoberfläche zu verursachen, so machte Verfasser die Injektion immer in der Weise, dass er bei guter Beleuchtung eine Kanüle durch die Stimmbänder in

Digitized by Google

die Trachea schob und durch diese die Milzbrandkultur in die Lunge spritzte. Wenn dann der Tod eintritt, kann man als sicher annehmen, dass dieser eine Folge der Narkose und nicht etwaiger Wundinfektion ist. Aus allen Versuchen des Verfassers geht hervor, dass der Tod, welchem viele Tiere erlagen, durch die Narkose verursacht wurde. Durch diese werden die rettenden bakteriziden Kräfte vernichtet oder wenigstens zeitlich beseitigt. Die Narkose hebt die Immunität auf. Autor meint, dass die nach längeren Narkosen auftretenden Pneumonien durch seine Versuche eine gute Erklärung finden.

Anerkannt ist allgemein die Tatsache, dass der Äther im Vergleich zum Chloroform das geringere Gift ist, dass er das Herz nicht schädigt, und dass ein plötzlicher Tod während der Operation, wie dies bei Anwendung von Chloroform möglich ist, bei Äther nicht vorkommt. Aber auch der Äther hat gewisse Nachteile. Er ist feuergefährlich und lässt sich deshalb nicht anwenden, wo bei künstlicher Beleuchtung operiert werden muss. Des weiteren wird dem Äther nachgesagt, dass die Einleitung der Narkose eine zu lange Zeit erforderlich mache. Dies kann Dr. Pfannenstiel nicht zugeben. Auf keinen Fall aber darf ein solches Moment gegen die Empfehlung des Äthers verwertet werden. Sodann wirft man dem Äther vor, dass die Narkose häufig nicht die erforderliche Tiefe habe, z. B. bei schwierigen Laparotomien. Auch dies liegt vorzugsweise an der Technik. Bei einem so gut wie ausschliesslichen Gebrauch von Äther hat Verfasser nur in verschwindend seltenen Fällen die genügende Erschlaffung der Bauchdecken und die Ausschaltung ungestümer Bauchatmung vermisst, und je besser der Narkotiseur mit dem Äther umzugehen versteht, desto seltener wird sich dieses Ereignis einstellen. In der Regel kann man mit dem Äther tiefe gleichmässige und langdauernde Betäubungen erzielen. Doch sind alle die bisher erwähnten Gesichtspunkte belanglos gegenüber der einen viel erörterten Frage der Ätherpneumonie. Doch auch diese lässt sich durch richtige Technik verhüten. Die richtige Technik der Äthernarkose besteht darin: erst Erzeugung eines Rauschzustandes, sodann leichte Intoxikation mit der Kohlensäure der Exspirationsluft und darauf möglichst gleichmässige Zufuhr von ganz schwachen Ätherdämpfen, wobei ab und zu durch Lüften der Maske etwas atmosphärische Luft zugeführt wird. Verfasser kommt selbst bei langdauernden Operationen mit 100 ccm Äther in der Regel aus. Kontraindikationen gegen den Gebrauch des Äthers als solchen gibt es für den Verfasser kaum. Allerdings erkennt er, wie wohl jeder gewisse Kontraindikationen gegen die Anwendung der Inhalationsnarkose überhaupt an, wie tief liegende Struma, Diabetes, schwere Zirkulationsstörungen etc., dagegen hält er es nicht für richtig, wenn gesagt wird, dass Erkrankungen der Respirationsorgane den Äther kontraindizieren. Nur die akute Bronchitis lässt Verfasser als Gegenanzeige gelten (die akute Pneumonie ist Kontraindikation gegen jede Art der Inhalationsnarkose), die chronischen Erkrankungen der Respirationsorgane dagegen nicht. Die Nachwirkungen nach Darreichung von Äther sind erheblich geringer als nach Chloroform. Nicht allein, dass Kopfschmerzen, Übelkeit und Erbrechen viel seltener auftreten und rascher wieder verschwinden, der ganze Körper ist überhaupt lange nicht in dem Masse mitgenommen, der Kranke erholt sich bedeutend schneller nach der Äthernarkose, einfach aus dem Grunde, weil der Äther viel rascher den Körper wieder verlässt. Aus allen diesen Gründen verdient der Äther unbedingt den Vorzug vor dem Chloroform.

Auf Grund von jahrelanger Erfahrung ist Dr. Longard (Köln) zur Überzeugung gekommen, dass der Äther das unschädlichste und beste Narkotikum ist, das wir besitzen. Die unangenehmen Nebenwirkungen, die dem Äther zugeschrieben werden, sind nach seinen Erfahrungen nicht Folgen des Narkotikums, sondern der Methode, nach welcher es verabreicht wird. Die Äthernarkosen werden gewöhnlich als Sticknarkosen ausgeführt, so dass zur Äthernarkose sich noch eine Kohlensäurenarkose gesellt und diese verursacht dann die unangenehmen Nebenerscheinungen. Chloroform ist weit

Digitized by Google

gefährlicher als Äther, wegen der unvorhergesehenen Zufälle, die schon im Anfang der Narkose auftreten können: trotzdem halten die Ärzte am Chloroform fest, weil sich seine Anwendung technisch leicht gestaltet. Die vom Verfasser konstruierte Maske gestattet dem Patienten stets Äther mit Luft gemischt zu verabreichen und gestaltet ausserdem die Technik der Zuführung des Narkotikums ganz einfach. Verfasser benützt diese Maske seit dem Jahre 1898 und verfügt über eine Erfahrung über 2700 Äthernarkosen, die stets tadellos gelungen sind. Das Stadium der Toleranz tritt schnell ein, nach 5—6 Minuten, bei Potatoren nach 10 Minuten; ausserdem wird fast nie ein eigentliches Exzitationsstadium beobachtet. Verfasser war auch nie genötigt, den Patienten vor der Narkose Morphium zu injizieren. Die Schleim- und Speichelsekretion war nach Anwendung dieser Maske so gering, dass sich nie die Notwendigkeit ergab, Atropin zu injizieren. Der Puls ist während der Narkose stets ruhig, so dass man eine ständige Kontrolle des Pulses nicht nötig hat. Verfasser hat auch die so sehr gefürchtete Pneumonie als Folgeerscheinung der Äthernarkose nicht beobachtet. Die nach Laparatomien fünfmal beobachtete Pneumonie war entweder durch Aspiration von Mageninhalt oder starke Tamponade des Zwerchfelles entstanden. Nach Ansicht des Verfassers gibt es keine Kontraindikationen der Äthernarkose; er sah weder bei akuten noch bei chronischen Katarrhen der Lunge je irgend welchen Schaden. Da das Erwachen aus der Narkose langsam erfolgt, kann man, wenn einmal eine tiefe Narkose eingetreten ist, ¼—½ Stunde weiter operieren, ohne Äther zu verabreichen und ohne dass die Kranken irgend welche Schmerzensäusserungen machen. Auf diese Weise kann man hochbetagte Kranke ohne Gefahr einer länger dauernden Narkose aussetzen. Schliesslich sei noch erwähnt, dass der Verbrauch des Äthers ein geringer ist; es gelingt, Kinder und Frauen mit 15—30 ccm Äther tief zu narkotisieren; mehr als 60 ccm braucht man nicht einmal bei den stärksten Potatoren. Für die Narkose von der Dauer einer Stunde hat man bei Frauen und nüchternen Männern 75 g, bei Potatoren 100 g notwendig.

Witzel hat bekanntlich eine Art der Narkose mit Äther empfohlen, welche in ihrer Handhabung der Chloroformnarkose nahekommt und von den Nachteilen des sonst üblichen Modus der Äthernarkose frei ist. Nach Witzel bekommt der Patient eine Stunde vor der Narkose eine Injektion von 0,01—0,03 Morphium. Zu Beginn der Narkose lässt man den Patienten von 200 an rückwärts zählen; dabei wird er ermahnt, zwischen je zwei Zahlen tief zu inspirieren. Nachdem er so eine Weile gezählt hat, beginnt man den Äther aus einer gewöhnlichen Tropfflasche langsam tropfenweise auf die Esmarchsche oder Schimmelbuschsche Maske zu träufeln und fährt damit fort, bis der Patient einigermassen eingeschläfert ist. Zur Erzielung eines festen Schlafes gibt man nun einige Tropfen Chloroform auf die Maske. Sobald völlige Reaktionslosigkeit eingetreten ist, wird die Narkose mit Äther — tropfenweise aufgeträufelt — fortgesetzt. Der Kopf des Patienten ist während der ganzen Narkose tief gelagert und stark rückwärts gebeugt. Dadurch ist für gewöhnlich der Gebrauch von Kieferhalter und Zungenzange zu entbehren. Diese Art der Narkose kommt mit relativ geringen Mengen Äther und minimalen Mengen Chloroform aus, ist deshalb möglichst ungefährlich; das Exitationsstadium fehlt meist ganz, die Patienten erwachen schnell nach der Narkose und haben meist gar keine üblen Nachwirkungen, wie Erbrechen, Bronchitis usw. Dr. Berndt (Stralsund) hat nun die Witzelsche Art der Narkose in 120 Fällen angewendet und wich nur insofern von den Witzelschen Vorschriften ab, als er die Morphiuminjektion in allen Fällen wegliess. Trotzdem gelang die Narkose ausnahmslos, auch bei den schwersten Potatoren tadellos. Der Verbrauch von Äther war dabei pro Stunde 124 g im Durchschnitt bei den ersten 100 Fällen. Der Chloroformverbrauch betrug in 13 Fällen 10 bis 30 g, in weiteren 30 Fällen 3—10 g, in den übrigen 50 Fällen wenige Tropfen bis zu 3 g. In sieben Fällen wurde gar kein Chloroform gebraucht. Natürlich

Digitized by Google

kommt es auch auf die Übung an; mit der Zeit werden die Resultate immer besser. Es wurde niemals eine Spur Eiweiss im Urin gefunden (es wurde immer zwei Tage lang nach der Narkose untersucht), Erbrechen trat nur in einer geringen Zahl von Fällen ein (13 von 100), es war jedesmal nur kurzdauernd. Bronchitis oder sonstige Lungenkomplikationen kamen bei Patienten mit vorher gesunden Atmungsorganen nicht vor; aber selbst bestehende Erkrankungen der Atmungsorgane wurden keineswegs durch die Narkose ungünstig beeinflusst. Verfasser empfiehlt daher sehr warm die Witzelsche Art der Äthernarkose, er hofft, dass sie alle übrigen verdrängen wird, schon deshalb, weil sie ohne allen Apparat durchzuführen ist, und weil sie die gefahrloseste Narkose ist, welche bis jetzt existiert. Besonders auch für den praktischen Arzt ist sie geeignet.

Die Schädigungen der Lungen bei der allgemeinen Narkose sind nach Prof. Poppert bei Anwendung des Äthers bei weitem stärker als bei Chloroform. Sie sind um so schlimmer, je gesättigter die eingeatmeten Dämpfe sind. Diejenigen Äther-Chloroform-Mischnarkosen, bei denen der Äther in einem solchen Verhältnisse zugesetzt ist, dass sich seine narkotisierende Wirkung geltend macht, verhalten sich wie die einfachen Äthernarkosen und besitzen deren Nachteile in verfärbtem Masse. Die Geppertsche Narkose, die eine genaue Dosierung gestattet, ist der gewöhnlichen Narkose entschieden vorzuziehen. Auf Grund seiner klinischen Erfahrung hält sich Poppert für berechtigt, überhaupt die Forderung aufzustellen, dass der möglichst genauen Dosierung bei der Chloroformnarkose ein grösserer Wert beizulegen ist, als dies bisher geschah.

Dr. Feilchenfeld (Berlin) weist darauf hin, welche grosse Bedeutung die Darreichung von Tinctara strophanti für die Kräftigung der Herztätigkeit vor Operationen besitzt. Verfasser hat dieses Verfahren seit dieser Zeit befolgt und ist mit den Resultaten sehr zufrieden. Neurastheniker mit leichter Erregbarkeit des Herzens lässt er durch einige Tage mehrmals im Tage 5—6 Tropfen Tinct. strophanti nehmen, worauf eine Verlangsamung des Pulses und eine grössere Beruhigung der Patienten eintritt. Die Patienten vertragen die Narkose, ohne dass Komplikationen von Seite des Herzens eintreten würden. Bei Leuten mit Degenerationen des Herzmuskels und Arhythmie genügt Strophantus nicht; Verfasser erzielte hier gute Resultate mit Infus. digitalis, lauwarmen oder kohlensauren Bädern. Die Arhythmie wurde geringer oder hörte ganz auf und die Patienten vertrugen dann die Narkose gut. Äther ist in diesen Fällen dem Chloroform vorzuziehen. Vorsichtshalber soll man tiefe Narkose nach Möglichkeit vermeiden. Bei den schwereren Formen der Myokarditis wird man auch mit dieser Behandlung nicht viel erzielen und man wird auf die akute Gefährdung des Herzens durch die Narkose gefasst sein müssen.

Anästhol ist, wie Dr. Förster mitteilt, eine Lösung von Chloroform, Äther und Äthylchlorid, welche einen der menschlichen Körpertemperatur naheliegenden Siedepunkt besitzt. Es ist eine klare, durchscheinende Flüssigkeit von ganz angenehm aromatischem Geruch und es hat dieselbe Zusammensetzung beim Schluss wie beim Anfang der Narkose. Was die Gebrauchsweise des Anästhol anbelangt, so wird es wie Chloroform aus einer graduierten dunkelfarbigen Glasflasche mit feinem Tropfer gegeben. Die Maske ist am besten eine „Esmarchsche", über die man zwei bis vier Schichten steriler Gaze und eine Lage wasserdichten Stoff (Mosetigbatist) zieht. In den letzteren, nach aussen gelegenen, schneidet man zentral ein ca. talergrosses Loch aus, durch welches dann auf die vorliegende Gaze getropft wird. Es empfiehlt sich, Anästhol von Anfang an schonend, d. h. tropfenweise zu geben, und nicht, wie es manche mit Chloroform belieben, die Maske zu Beginn direkt zu überschwemmen. Dann kommt der Patient in der Regel ohne Exzitationsstadium, ohne Gefühl der Beängstigung und ohne sonstige Zufälle in eine schlafähnliche Narkose. Nun genügen 1—2 Tropfen, alle 3—4 Sekunden, dieselbe zu unterhalten. Es kommt vor,

Digitized by Google

zumal wenn zu reichlich Anästhol gegeben wird, dass bei tadellos vollem und kräftigem Puls der Patient blass, die Atmung oberflächlicher wird. Dann genügt es stets, die Maske einige Augenblicke wegzunehmen, und der Zustand des Patienten ist wieder befriedigend. Herzaffektionen erlebt man bei Anästhol äusserst selten. Bei allen derartigen recht seltenen Zwischenfällen ist die Eigenschaft des Anästhols von grossem Vorteil, dass es bei seinem der Körpertemperatur gleichkommenden Siedepunkt nur sehr locker an das Blut gebunden ist, d. h. es wird mit jeder Expektoration ca. ebenso viel von dem Gas ausgeschieden, als bei der Inspiration das Blut aufgenommen hatte. Demnach wird, so bald die Maske entfernt ist, in kurzer Zeit alles Anästhol aus dem Körper ausgeschieden werden, der Patient wird erwachen. Die Möglichkeit, die Narkose derartig schnell zu unterbrechen, wie es tatsächlich bei Anästhol der Fall ist, hebt Verfasser als eines seiner grössten Vorzüge hervor. Durch Darreichung von 0,01 Morphium subkutan ¾ Stunden vor dem Beginn der Narkose kann man die Wirkung des Anästhols wesentlich unterstützen. Der Anfang wird dann ruhiger, selbst bei Potatoren oft ohne Exzitationsstadium, die darzureichende Narkosenmenge ist wesentlich geringer. Von den Nachwirkungen der Narkose war Erbrechen selten, Bronchitis oder Pneumonie nicht ein einziges Mal beobachtet. Das Anästhol wird von den Patienten gern genommen, die Handhabung ist einfach, die Kosten des Mittels sind gering, und Verfasser empfiehlt daher die Anwendung des Anästhols, die bis jetzt nur in Amerika stattgefunden hat, auf das Angelegentlichste. Man lässt dasselbe am besten in der Apotheke herstellen:

Rp. Chloroform. pur. 43,25
Aeth. sulfuric. 59,75
misce
Aethylchlorid 20,5
D. S. „Anästhol". Zur Inhalationsnarkose!

Dem ärztlichen Verein zu Hamburg demonstrierte Dr. Kümmell den verbesserten Roth-Droegerschen Chloroformnarkose-Apparat. Derselbe hat vor dem früheren den Vorzug, dass eine Zersetzung des Chloroforms, wie solche nach den vom Chemiker des Eppendorfer Krankenhauses angestellten Untersuchungen zuweilen beobachtet wurde, jetzt dadurch vollkommen beseitigt ist, dass der Sauerstoff jetzt nicht mehr durch das Chloroform getrieben wird, sondern dass letzterer in zerstäubter Form eingeatmet wird. Der Apparat hat ferner den Vorzug, dass man den Chloroformtropfen in einem durchsichtigen Glas fallen sieht und hört, wodurch eine genaue Kontrolle des Apparates möglich ist. Die angestellten chemischen Untersuchungen ergaben, dass auch bei längeren Narkosen nie eine Zersetzung des Chloroforms eingetreten war. Die Handhabung des Apparats ist eine sehr einfache, die Tätigkeit eine sehr genaue und sichere. Kümmell hält es für unmöglich, dass ein so gleichmässiges, sicher zu regulierendes Auftropfen durch die menschliche Hand ausgeführt werden könne, wie durch diesen automatisch arbeitenden Narkoseapparat. Im Eppendorfer Krankenhaus und in der Privatpraxis ist der Apparat zu weit mehr als 1000 Narkosen verwandt worden. Der Verbrauch an Chloroform war ein auffallend geringer, die Narkosen waren weit gleichmässiger und ruhiger als früher; Atemstörungen und Cyanose wurden kaum beobachtet, Erscheinungen seitens des Herzens sehr selten, ein Todesfall kam nicht vor. Natürlich wird auch dieser Apparat die Gefahren der Chloroformnarkose nicht beseitigen, jedoch sie auf das möglichst geringe Mass herabsetzen, da eine regelmässige genau zu kontrollierende Zufuhr einer in ihrer Konzentration vorher sicher zu bestimmenden, wenig konzentrierten Sauerstoff-Chloroformmischung dies am besten und in einfachster Weise ermöglicht.

Prof. Gaertner (Wien) hat einen Apparat zur Kontrolle des Pulses in der Narkose konstruiert.

Dr. Schneiderlin berichtet über seine weiteren Erfahrungen mit der Skopolamin-Morphium-Narkose. Wenn es die Zeit erlaubte, wurde probeweise bis zu 0,001 Skopolamin und 0,02 Morphium gegeben. Vor der Operation wurden dann etwa 1½ Stunden vor Beginn 0,0008—0,00125 g Skopolamin und

Digitized by Google

0,002—0,003 g Morphium und, wenn ¼ Stunde vor Beginn der Operation die Narkose noch nicht vollständig war, weitere 0,0002—0,0004 Skopolamin und 0,005 bis 0,01 g Morphium injiziert. Bei Zahnextraktionen ist auf sorgfältige Blutstillung zu achten, da sonst durch in den Rachenraum herabfliessendes Blut Asphyxie eintreten kann. Auch nach anderen Operationen ist, wenn die Narkose noch anhält, der Kranke zu beobachten und ein eventuelles Zurücksinken der Zunge zu verhüten. Die Vorteile der Skopolamin-Morphium-Narkose sind folgende: 1. Die Gefahrlosigkeit bei richtigem Ausprobieren. 2. Der Narkositeur wird überflüssig. 3. Der psychische Shock auf den Patienten fällt beinahe weg und lässt sich bei einiger Vorsicht ganz vermeiden. Die Nachteile der Narkose bestehen darin, dass 1. sie ausprobiert werden muss; dass also unter Umständen Zeit verloren geht, 2. dass nach der Operation gegebenenfalls die Atmung beobachtet werden muss.

Dr. Grevsen (Vienenburg) hat die Morphium-Skopolamin-Narkose 69 mal bei den verschiedensten Operationen, auch grösseren Eingriffen, angewandt. In keinem Falle trat ein durch die Narkose bedingter bedrohlicher Zustand ein. 54 mal schliefen die Patienten so ruhig wie in der tiefsten Chloroformnarkose, 15 Fälle verliefen unruhig. Die Unruhe während der Operation lässt sich nach des Verfassers Erfahrungen am besten dadurch verhüten, dass man die Patienten, nachdem sie auf den Operationstisch gebracht sind, einige Zeit ganz ruhig liegen lässt. Sämtliche Patienten aber, mochten sie fest schlafen oder sich unruhig hin- und herwerfen, haben nach ihren Angaben von der Operation nichts gespürt. Puls und Atmung waren im allgemeinen nicht beeinträchtigt, jedenfalls nie in besorgniserregender Weise. Erbrechen trat nur in zwei Fällen, bei zwei Frauen auf. Bei einigen älteren Patienten wirkte die Narkose einige Tage nach, insofern als sie die Besinnlichkeit etwas herabsetzte. Im allgemeinen ergab die reine Morphium-Skopolamin-Narkose ganz befriedigende Resultate. Dieselbe ist gerade für den Landarzt oft ganz gut. Wo eine vollständige Erschlaffung der Muskulatur erforderlich ist, ist sie allerdings nicht am Platze, auch nicht bei jugendlichen Patienten. Die Morphium-Skopolamin-Narkose mit etwas Chloroform dagegen ist weniger zu empfehlen, da sie gefährlicher ist. Ein Nachteil der reinen Morphium-Skopolamin-Narkose ist die schwankende unsichere Dosierung. Während bei manchen Menschen schon eine Einspritzung ausreichte, sind manche noch nach drei Einspritzungen unruhig. Es fehlt eben jeder Anhaltspunkt dafür, wieviel gegeben werden muss. Die Weite der Pupillen ist kein Massstab für die Tiefe der Narkose, da dieselbe meist schon nach der ersten Einspritzung so gross ist, wie nach dreien. Ferner ist ein Nachteil, dass, falls sich Giftwirkung zeigen sollte, man nachträglich das Skopolamin nicht eliminieren kann. Trotz dieser Übelstände erscheint die Morphium-Skopolamin-Narkose dem Verfasser als eine erwünschte Bereicherung der Narkotisierungsmethoden, nur muss sie noch weiter, namentlich in bezug auf die Dosierung, ausgebildet werden.

Dr. Semon (Danzig) benützte das Skopolaminum hydrobromicum (Merck) in Verbindung mit Morphium bei 52 Operationen und hat bedrohliche Nebenerscheinungen nicht beobachtet. Zur Vertiefung der Narkose empfiehlt er das Chloroform.

Auf Grund zahlreicher Beobachtungen an der Frauenklinik von Prof. Landau in Berlin empfiehlt Dr. Hartog folgende Methode der Narkose zu allgemeinerer Anwendung. Übliche Vorbereitung: Mundspülen, Abführen, Nüchternbleiben. ½ (eventuell auch 1) Stunde vor Beginn der Inhalationsnarkose subkutane Injektion von einer halben Spritze Scopolam. hydrobrom. 0,01. Aq. 10,0 (frisch bereitete, höchstens 3—4 Tage alte Lösungen; empfehlenswert: Skopolamin in Wachspapier aufbewahren und selbst auflösen), sowie unmittelbar darauf an anderer Stelle Injektion von 1 cg Morphium. Nach ½ bis 1 Stunde Beginn der Äthernarkose mit Wanscherscher Maske nach der einschleichenden Methode: Vorhalten bezw. Nähern der Maske unter Luftzutritt,

Digitized by Google

dann langsam festeres Andrücken des Beutels ohne Schütteln, eventuell wieder Lüften; dann, wenn die Atmung tiefer wird, Seitwärtsdrehen des Kopfes und dauerndes Vorhalten des Unterkiefers (bei ständigem Vorhalten des Kiefers, natürlich ohne Druck am Kieferwinkel, das dem Patienten nachher keine Schmerzen macht, bleibt die Atmung gleichmässig). Nach etwa 10 Minuten ist die Narkose tief genug zum Beginn der Operation bezw. der Vorbereitungen. In seltenen Fällen dauert die Einleitung der Narkose länger, aber auch dann empfiehlt es sich eher Geduld zu üben, als nach der asphyxierenden Methode vorzugehen. Diese Methode reduziert einmal die Gefahr der Äthernarkose auf ein Minimum, andererseits die unangenehmen Nebenwirkungen der Inhalationsnarkose.

Dr. Lotheissen (Wien) hat die bisherigen Todesfälle nach der Äthylchloridnarkose näher analysiert, wobei er von denselben nur 1 als solchen gelten lässt und somit nur 1 Todesfall auf 17000 Narkosen (bezw. 8500 Fälle, wenn man 1 Todesfall an Kollaps während der Operation mitrechnet). Er glaubt danach den Beweis, dass Äthylchlorid weniger gefährlich als Äther, sogar als Bromäthyl ist, gegeben und hält die Kelennarkose unter gewissen Vorsichtsmassregeln speziell für kleinere Operationen allgemeiner Beachtung wert; er hat auch grosse Operationen von 1—1½ Stunden Dauer damit ausgeführt, selbe auch häufig zur Einleitung einer Äthernarkose benützt, um raschere Narkose zu erzielen. Das Präparat hält Lotheissen für ziemlich irrelevant, verwendet aber aus Ersparungsrücksichten neuerlich nur Chloräthyl und Henning sah bisher unter 150 Narkosen nur einmal ein Versagen.

Über die Verwendung des Kokains in der allgemeinen Chirurgie sprach Prof. Reclus (Paris) auf dem internationalen Kongresse zu Madrid. Wie das Chloroform und der Äther die ihnen einmal innewohnenden Gefahren für den Patienten bei jeder Narkose offenbaren können und zwar bei jeder, auch der kürzesten Operation, so auch das Kokain, besonders dann wenn man es unterschätzt. Er hat alle diese Gefahren dadurch vermieden, dass er prinzipiell nur 1—1½%ige Lösung nimmt, dafür aber im ganzen viel grössere Dosen einverleiben kann. Er kann deshalb nicht begreifen, warum man in Deutschland den Satz aufgestellt hat, nicht mehr als 5 cg Kokain als Maximaldose zu injizieren. Er hat 7000 Operationen gemacht mit viel grösseren Dosen, 10 cg und mehr, und hat nie einen Zwischenfall erlebt. Reclus vergleicht darauf sein Vorgehen mit der Schleichschen Anästhesie, die er als physikalische gegenüber seiner, der chemischen, bezeichnen möchte. Er hat die Schleichsche Methode ganz verlassen. Zum Schluss stellt er als Hauptregeln der Kokainanästhesie folgende Prinzipien auf: Man soll 20 cg Kokain niemals überschreiten, 1—1½%ige Lösung nehmen, so dass man 40 ccm Flüssigkeit hat. Man muss sich hüten, mit dem Messer über die anästhesierte Zone hinauszugehen, da sonst die ganze Anästhesie problematisch ist. Man soll bedenken, dass nicht bloss die Haut, wie Schleich meint, zu anästhesieren ist, sondern dass auch die Aponeurosen sehr empfindlich sind und kokainisiert werden müssen. Eine besondere Stellung bei der Kokainanästhesie nehmen die Panaritien und Phlegmonen ein. Hier könne man nicht wie sonst in das Gewebe hinein die Lösung bringen, weil die Schmerzhaftigkeit, die ohnehin schon sehr gross ist, ins Unerträgliche gesteigert wird. Beim Panaritium soll man ausserhalb der entzündeten Zone die Lösung in die Nervenstränge hineinbringen und an allen vier Seiten des Fingers injizieren.

Subkutane Injektionen einer Mischung von Kokain und Adrenalin wandte Dr. Foisy (Paris) zur lokalen Anästhesie bei entzündlichem Gewebe in folgender Weise an. Zu einer Lösung von 1:200 Kokain wurden einige Tropfen einer 1:1000 Adrenalinlösung zugesetzt. Die gewöhnlich angewandten Dosen waren 6—12 gtt. der letzteren auf 4—20 ccm der Kokainlösung; die Maximaldosis 15 Tropfen Adrenalins auf 25 ccm Kokain. Die Injektion wird nach Art der Infiltrationsanästhesie gemacht. Ein grosser Vorteil ist die geringe Blutung, jedoch müssen alle blutenden Gefässe zur Ver-

Digitized by Google

meidung der Nachblutung unterbunden werden. In mehreren Fällen von Phlegmone, wo eine Öffnung und eine Gegenöffnung gemacht werden mussten, wurden an einer Stelle Kokain allein und an der anderen obige Mischung injiziert, mit letzteren waren die Resultate immer bessere. Foisy hat mit dieser Methode zahlreiche Abszesse, Phlegmonen und eiternde Drüsen ohne Schmerz inzidiert, die Exstirpation von eiternden Leistendrüsen und eines ausgedehnten Nackenfurunkels vorgenommen und niemals irgendwelche Nebenerscheinungen erlebt. Wichtig ist nur, dass die Patienten während der Operation in horizontaler Lage sind und nach derselben noch einige Stunden darin verbleiben.

Wie Dr. Stolz mitteilt, wurden in der Strassburger chirurgischen Universitätsklinik in ca. 70 Fällen der sogenannten kleinen Chirurgie: Furunkel, Panaritien, Phlegmonen, Fremdkörperextraktionen die Operationen in Kokain-Adrenalinanästhesie ausgeführt. Stolz geht so vor, dass er in die 1 ccm-Spritze zunächst eine ½%-ige Kokainlösung, dann 1 Teilstrich einer Lösung von 1 : 1000 des Londoner Adrenalinpräparates von Parke, Davis & Co. und zuletzt wieder zur gänzlichen Füllung der Spritze Kokainlösung einsaugt und 1—2 Spritzen langsam, aber tief eindringend um das Operationsfeld verteilt. Stolz bestätigt die weitgehende Anämisierung und Anästhesie, die unbedeutende Allgemeinwirkung des Kokains, seine sehr langsame Resorption und das Ausbleiben intensiver Nachschmerzen. Nachdruck legt er auf die gründliche Unterbindung der im mindesten spritzenden kleinen Gefässe, da nach dem Erschlaffen der stark kontrahierten Gefässwand sonst Nachblutungen zu befürchten sind. Besonders für Operationen in der Mundhöhle ist die Kokain-Adrenalin-Methode zu empfehlen.

Dr. Honigmann (Breslau) hat bei ca. 40 Fällen den Einfluss des Adrenalins auf die lokalanästhesierende Wirkung des Kokains resp. Eukains geprüft. Nie hat Autor üble Nebenwirkungen oder Wundstörungen beobachtet, allerdings wurde die Dosis von 1 mg Adrenalin niemals überschritten, meist weniger als ½ mg gebraucht. Unter anderem sah Honigmann vorzüglichen Erfolg bei enger, kallöser, sehr schmerzhafter Striktur. Zwölfmal wandte er das Verfahren mit Schleichscher Infiltrationsanästhesie an und machte sich die Anämisierung und längere Dauer der Anästhesie als Vorzug geltend. Wenn auch bei dem Oberstschen Verfahren die Applikation der elastischen Abschnürung die Blutleere sicherer und vollständiger herstellt, so fand doch Honigmann bei Operationen am Penis die Adrenalinwirkungen hinreichend verlässlich und dabei angenehmer für den Patienten, als die Anlegung des Schlauchs, und hat mit grösstem Vorteil von dem Adrenalin bei Eingriffen Gebrauch gemacht, wo Anwendung der Esmarchschen Blutleere nicht möglich war (Kopf und Hals). Besonders ist die Hackenbruchsche „zirkuläre Analgesie" mit Adrenalin kombiniert höchst brauchbar, z. B. zur schmerzlosen kreuzweisen Inzision eines Karbunkels etc.; auch in Fällen, wo bei Herzfehler allgemeine Narkose unzulässig ist. Gebraucht man 0,5%igen Kokainlösungen, so wird man selbst bei ausgedehnteren Krankheitsherden die Maximaldosis nie zu überschreiten haben. Auch für die Strumaoperation scheint die lokale Anämisierung (besonders bei Basedow) durch kombinierte Adrenalin-Kokainanästhesie wichtig und aussichtsreich.

Dr. Krauss benutzte bei kleineren und grösseren operativen Eingriffen in der Marburger Augenklinik Lösungen von Akoin-Kokain in folgender Zusammensetzung:

Akoin	0,025,
Kokain	0,05,
Sol. Natri chlor. (¾%)	ad 5,0.

Handelte es sich um Operationen, die mit stärkerer Blutung einhergehen z. B. Exstirpation des Tränensackes, so wurden einige Tropfen (2—3) der gebräuchlichen Adrenalinlösung 1 : 1000 zugesetzt (auf eine Pravatzspritze). Da die Lösung sich leicht zersetzt, wurde sie möglichst frisch hergestellt. Verfasser verwandte die Lösung bei Enukleationen, wenn eine Narkose kontraindiziert war. Meist genügte eine Spritze rings den Muskelansätzen der Recti entsprechend in die Orbita zu

Digitized by Google

injizieren; vor der Operation wurde ausserdem Morphium gegeben. Bei Schieloperation wurde etwa eine halbe Spritze in der Gegend des zu verlagernden Muskels in die Orbita eingespritzt. Bei vielen kleineren Eingriffen an der Bindehaut des Bulbus und der Lider, Entfernung von Chalazien, Inzisionen etc. wurde die Lösung von temporal- und nasalwärts her unter die Konjunktiva des Lides nahe der Übergangsfalte eingespritzt, ebenso bei allen äusseren Lidoperationen. Bei Operationen am Tränenapparat, Exstirpation der Tränendrüse und des Sackes injizierte Verfasser etwa eine halbe Spitze rings um die Stelle des Hautschnittes und den Rest von der Übergangsfalte des Oberlids nach der Gegend der Drüse zu. Bei der Exstirpation des Sackes fügt man noch eine tiefergehende Injektion hinzu, indem man an der medialen Wand des Sackes, zwischen diesem und dem Periost eingehend, ein paar Teilstriche hinter den Sack selbst injiziert.

Zur Erzielung der Anästhesie in Hals und Nase verwendete Dr. Wróblewski eine 25%ige alkoholische Kokainlösung. Der Alkohol wird mit dem Kokainpulver in einer Eprouvette über der Spiritusflamme erwärmt, siedet bald (bei 78,3° C) und löst momentan das Kokain; die Lösung bleibt auch nach dem Erkalten vollkommen durchsichtig. Mit sehr geringen Quantitäten vorgenommene, dreimalige Bepinselung macht die Schleimhaut vollkommen anästhetisch. Das erstemal brennt es ein wenig und bei äusserst empfindlichen Patienten kann man, um auch diesem vorzubeugen, vorerst mit 5%iger wässeriger Kokainlösung pinseln oder solche zerstäuben. Besonders betont Wróblewski, dass er niemals Ohnmachtsanfälle oder sonstige auf Kokainintoxikation deutende Symptome, wie sie nach Anwendung starker wässeriger Lösung (namentlich in der Nase) manchmal auftreten, beobachten konnte. Von den Vorzügen dieser Methode überzeugte sich Wróblewski auch bei endolaryngealen Eingriffen, besonders aber bei der gewöhnlich sehr schmerzhaften galvanokaustischen Behandlung der Wülste bei Pharyngitis lateralis sowie beim Morcellement der Mandeln. Ein intelligenter Mann mit vergrösserten Mandeln war nach der ersten Operation nicht im stande, anzugeben, welche Tonsille schon abgetragen war.

Dr. Noebel wendet zur lokalen Anästhesie in den oberen Luftwegen Äthylchlorid, Kokain und Eukain β an. Kokain und Eukain werden epimukös, inkutan und subkutan angewendet. Zur Vermeidung von Vergiftungen empfehlen sich frisch hergestellte Lösungen und das Festhalten an dem Grundsatze, mit möglichst kleinen Dosen die gewünschte Wirkung zu erreichen. Die Technik der Anästhesie ist abhängig von den örtlichen Verhältnissen. Die Gründlichkeit der Operation wird durch die Lokalanästhesie nicht beeinflusst.

Dr. Daconto empfiehlt das Akoin als Lokalanästhetikum für kleinere und grössere chirurgische Eingriffe. Verfasser injiziert eine 10%ige Lösung subkutan und rühmt die prompt und schnell eintretende Gefühllosigkeit. Er hält das Mittel für verhältnismässig ungefährlich und wenig toxisch wirkend; er konnte in einem Fall ohne irgend welchen Schaden 20 ccm der 1%igen Lösung injizieren. Von den ausgeführten Operationen seien folgende angeführt: Tenotomie, eingeklemmter Leistenbruch, Empyem, tuberkulöse Lymphome, Hydrocele und die verschiedenartigsten Fingerverletzungen. Beim Nähen von Quetsch- und Risswunden und bei kleinen plastischen Operationen hat Verfasser niemals Injektionen gemacht, sondern nur Kompressen mit Akoinlösung auf die Wunden gelegt, sobald die Blutung aufgehört hatte. Erwähnt sei noch die lange Haltbarkeit der Lösung.

Dr. Sick gelang es, einen jungen Menschen, der während einer Laparotomie von Chloroform-Kollaps befallen wurde und eine Stunde leblos gewesen war, durch Massage des freigelegten Herzens ins Leben zurückzurufen und noch 27 Stunden am Leben zu erhalten. Der Thoraxlappen war nach der Freilegung vollständig blutlos, ebenso das Perikard, das Herz lag schlaff und schon stark abgekühlt da. Nach ¼stündiger energischer rhythmischer Herzkompression unter Fortsetzung der künstlichen Atmung zeigten

Digitized by Google

sich die ersten systolischen Bewegungen. Die ersten Kontraktionen und straffere Konsistenz des Herzmuskels erfolgten entschieden unter dem Einfluss von heissen Kompressen, die in raschem Wechsel während der Kompressionen auf die vordere Herzfläche gelegt wurden. Zugleich wurde Patient durch heisse Handtücher und Darmeingiessungen erwärmt. Eine halbe Stunde nach Freilegung des Herzens, 5/4 Stunden nach Schwund der Lebenserscheinungen schlug das Herz regelmässig und kräftig. die Atmung setzte wieder ein, enge Pupillen, gute Gesichtsfarbe, guter, wenn auch frequenter Radialpuls. Nun wurde das Perikard geschlossen, der Thoraxlappen übergenäht. Zwei Stunden nach der Operation kommt Patient zu sich, klagt über Durst und Atemnot. Kampfer-, Kochsalz- und Alkoholinfusionen. Nach 23 Stunden Kollaps, der nach drei Stunden den Tod herbeiführt. Autor meint, dass ein sonst gesunder Mensch die Operation sicher überstanden hätte, wenn nicht die vorangegangene Laparotomie einen solch starken Blutverlust verursacht hätte. Ausserdem bestand beim Patienten schwere Tuberkulose des Peritoneums und Mesenteriums.

Immunität und Narkose von Dr. Snell (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 10). — Über die Vorzüge der Äthernarkose von Dr. Pfannenstiel (Zentralbl. f. Gynäk. Nr. 1. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 13). — Beitrag zur Äthernarkose von Dr. Longard (Münch. med. Wochenschr. Nr. 24. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 10. H.). — Zur Empfehlung der Witzelschen Äthertropfnarkose von Dr. Berndt (Münch. med. Wochenschr Nr. 20. — Allg med. Zentral-Ztg. Nr 26). — Experimentelle und klinische Beiträge zur Äthernarkose und zur Äther-Chloroform-Mischnarkose von Prof. Poppert (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 67. Bd. — Schm. Jahrb. 278. Bd 6 H.). — Zur Prophylaxis bei der Chloroformnarkose von Dr. Feilchenfeld (Zentralbl. f. Chir. Nr. 7. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 4. H.). — Über Anästhol. Ein neues Narkotikum von Dr. Förster (Zentralbl. f. Gynäk. Nr. 24. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr 35). — Dr. Kümmell über den verbesserten Roth-Droegerschen Chloroformnarkoseapparat im ärztlichen Verein zu Hamburg (Ther. Monatsh. 11. H.). — Über einen Apparat zur Kontrolle des Pulses in der Narkose von Prof. Gärtner (Münch. med. Wochenschr. Nr. 24). — Die Skopolamin (Hyoscin)-Morphium-Narkose von Dr. Schneiderlin (Münch med. Wochenschr. Nr. 9. — Ther. Monatsh. 5. H.). — Nochmals die Morphium-Skopolamin-Narkose von Dr. Grevsen (Münch. med. Wochenschr. Nr. 32. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 38). — Erfahrungen mit der Anwendung des Skopolamin bei Narkosen von Dr. Semon (Münch. med. Wochenschr. Nr. 28). — Die Äthernarkose in Verbindung mit Morphium-Skopolamin-Injektionen von Dr. Hartog (Münchener med. Wochenschr. Nr. 46. — Med. Blätter Nr. 48). — Zur Statistik der Äthylchloridnarkose von Dr. Lotheissen (Zentralbl. f. Chir. Nr. 20). — Prof. Reclus über Verwendung des Kokains in der allgemeinen Chirurgie auf dem internationalen medizinischen Kongresse zu Madrid (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 29). — Dr. Foisy über Kokain-Adrenalin-Anästhesierung in der Pariser Gesellschaft für Biologie (Münch. med. Wochenschr. Nr. 15). — Dr. Stolz über die Kokain-Adrenalinanästhesie in der Chirurgie im unterelsässischen Ärzteverein (Münch. med. Wochenschr. Nr. 22). — Adrenalin und Lokalanästhesie von Dr. Honigmann (Zentralbl. f. Chir. Nr. 25. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 27). — Über die Anwendung von Akoin-Kokain zur Lokalanästhesie von Dr. Krauss (Münch. med. Wochenschr Nr. 34). — Über Anästhesierung der Schleimhäute mit 25%iger alkoholischer Kokainlösung bei Operationen in der Nase, im Pharynx und Larynx von Dr. Wróblewski (Fränkels Arch. f. Laryng 12. Bd. 3. H. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 1. H.). — Zur Methodik der lokalen Anästhesie in den oberen Luftwegen von Dr. Noebel (Volkm. Samml. — Schm. Jahrb. 278. Bd. 4. H.). — Über Akoin als Anästhetikum von Dr. Daconto (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 69. Bd. — Ther. d. Gegenw. 12. H.). — Zur operativen Herzmassage von Dr. Sick (Zentralbl. f. Chir. Nr. 36. — Med. Blätter Nr. 37).

Neoplasmen. Prof. Israel (Berlin) fasst die Ergebnisse seiner langjährigen Beschäftigung mit der Geschwulstforschung in folgenden Sätzen zusammen: Alle Ursachen, die Kontinuitätstrennungen in den Deckzellenlagen herbeiführen (Abnutzung, Ernährungsstörungen, Traumen) lösen eine Proliferation intakter Zellen aus. Dasselbe tun funktionelle Einwirkungen, die, besonders leicht an Drüsen erkennbar, zu kompensatorischer und Arbeitshypertrophie und Hyperplasie führen. Epithel- und Endothellagen überziehen durch reichlich vor sich gehende Zellenteilungen in verhältnismässig kurzer Zeit freie Flächen (Fibringerinnsel, Diskontinuitäten der Bindesubstanz usw.). Die Zellenteilungen hören erst auf, wenn die ganze Oberfläche bedeckt ist. Die Nachkommen von Deckzellen, in denen durch häufige Wiederholung der die Proliferation auslösenden Einwirkungen beständig weitere Zellenteilungen hervorgerufen werden und somit das Fortpflanzungsgeschäft nicht zur Ruhe kommt, erwerben durch Anpassung und Vererbung eine einseitige Steigerung ihrer Fortpflan-

Digitized by Google

zungstüchtigkeit, während andere Funktionen und morphologische Eigenschaften sich ändern oder verloren gehen. Passt sich die Bindesubstanz durch entsprechende Ausdehnung ihrer Oberfläche dem Raumbedürfnisse der Deckzellenneubildung an, so entstehen gutartige Geschwülste (z. B. Cysten, sowie papilläre Fibrome und Myxome usw.). Übersteigt das Mass der Deckzellen-Neubildung die Anpassungsfähigkeit (Widerstandsfähigkeit) der Bindesubstanzbasis, so entstehen bösartige Neubildungen, Karzinome. Die in die Basis hineingewachsenen Deckzellen erzeugen dort durch ihren eigenen Wachstumsdruck freie Flächen, erleiden durch die Ungunst der örtlichen Verhältnisse (Raum, Ernährung) oft mit ihrer Vermehrung sich steigernde Verluste, die Ersatzwucherungen auslösen und so wie im Primärherde auch in den Metastasen die Fortpflanzungstätigkeit der Deckzellen in Permanenz erhalten. Alle die bekannten Schädlichkeiten, denen Deckzellenlagen unterliegen, sind Krebserreger und geeignet, destruierende Wucherungen auszulösen, sobald sie auf variationsfähige Zellenstämme treffen, sofern sie oft und lange genug einwirken, um die erforderliche Vermehrungsfähigkeit den Zellenstämmen anzuzüchten, und sofern das Mass der Deckzellenneubildung die Anpassungsfähigkeit der Bindesubstanzbasis übersteigt. Mechanische, thermische, chemische, parasitäre Einwirkungen verursachen unter den angeführten Bedingungen primäre Karzinome. Die Generalisation der Karzinome findet statt, soweit die Bedingungen in den passiven Teilen des Körpers und ausreichende Nachkommenschaft der heterogenen Deckzellen des Primärherdes sie zulassen oder befördern. Wie die Karzinombildung, ist auch die Entstehung aller Proliferationsgeschwülste durch die Cytogenese zu erklären, die durch endogene oder ektogene Einwirkungen in ihrem Ablaufe geändert wird.

Dr. Riechelmann (Berlin) unterzog 711 mit der pathologischen Diagnose „Karzinom“ vom 1. April 1895 bis 24. Juni 1901 im städtischen allgemeinen Krankenhause im Friedrichshain in Berlin zur Sektion Gekommene einer statistischen Bearbeitung. Sie entsprachen einem Materiale von 7790 Sektionen. In den 711 Fällen hatte 156 mal das Karzinom nicht derartige Symptome gemacht, dass die Diagnose gestellt werden konnte. 58 mal war die Diagnose Krebs gestellt worden, ohne dass sie anatomisch bestätigt werden konnte. Das Hauptergebnis seiner Untersuchungen fasst Riechelmann in folgenden Sätzen zusammen: Durch die Sektionen steigt die Zahl der zur Kenntnis kommenden Karzinome um 21,94 %. Ein Teil der Zunahme der Karzinome ist auf die grössere Zahl der Menschen zu beziehen, die in das krebsfähige Alter kommen, ein zweiter Teil auf die Verbesserung der Diagnose, ein dritter Teil auf das Auftreten der anatomischen Diagnose in den Statistiken; ob danach noch etwas für die wirkliche Zunahme des Krebses übrig bleibt, müsste erst festgestellt werden.

Klinische und anatomische Untersuchungen über den Gebärmutterkrebs stellte Dr. Kroemer (Breslau) an. Autor rechtfertigt den abdominalen Eingriff nur für die Fälle, die vaginal nicht bewältigt werden können, oder erfahrungsgemäss bei vaginaler Operation eine schlechte Prognose geben, d. h. besonders für die jugendlichen Formen im Puerperium oder mit Graviditat, die vollsaftigen Endotheliome und Sarkome, die zur frühzeitigen Metastasierung neigen. Kroemer weist auf das Illusorische einer vollständigen Entfernung der Drüsen und Lymphbahnen hin. Sie sei im Beginne unnötig, gefährlich und setze bei der Grösse des Eingriffes mehr Gefahr eines Impfrezidives, als die vaginale Operation. Autor betont den Wert einer sorgfältigen Probe-Auskratzung, die durch vorausgehende Austastung des Uterusinnern noch sicherer, gründlicher und ungefährlicher wird. Die Hämoglobinuntersuchung sagt ihm nur, wieviel Blut die Patientin noch besitzt, und dient als Faktor bei der Indikation zur Operation.

Bezüglich der Operation von Mastdarmkrebs betont Dr. Jaffé ganz besonders die Schwierigkeiten, die sich der Auslösung der vorderen Mastdarmwand vom sakralen Schnitte aus namentlich dann entgegenstellen, wenn Verwachsungen an der Vorderwand bestehen.

Digitized by Google

Handelt es sich um einen Tumor ungefähr in der Höhe des unteren oder mittleren Prostataabschnittes, so beginnt Jaffé stets, also auch dann, wenn der Analteil erhalten werden soll, mit einem Querschnitt vor dem Mastdarme und löst das Rektum von hier aus bis hoch hinauf los. Bei diesem Verfahren bekommt man ein Urteil über die Ausdehnung der Verwachsungen und damit über die Operationsmöglichkeit. Bei den in der oberen Prostatagegend oder noch höher liegenden Tumoren eröffnet Jaffé vom sakralen Schnitte aus, noch vor der Ausschälung des kranken Mastdarmteiles, breit das Bauchfell, durchtrennt den Darm oberhalb des Tumors und nimmt die Auslösung nun von obenher vor. Um eine sichere Vereinigung des zentralen Darmendes mit dem stehen gebliebenen Sphinkterenteile zu ermöglichen, zieht Jaffé das ausgiebig gelockerte zentrale Ende ein Stück weit aus der Wunde heraus und fixiert es mit ein paar Suturen neben dem Kreuzbeine. Nach einiger Zeit wird das peripherische Ende an die Vorderwand des zentralen angenäht. Nach Heilung der aneinandergenähten Darmteile wird mittelst Thermokauter eine Kommunikation zwischen oberem Rektalabschnitte und Afterteil geschaffen und in einer ferneren Sitzung endlich die sakrale Afteröffnung mittelst Naht geschlossen.

Aus der Tübinger Klinik bespricht Prof. Küttner die Frage: Welche Aussichten bietet die Operation des Mammakarzinoms bei vergrösserten Supraklavikulardrüsen? Die Recherchen über 41 operierte Fälle ergaben sehr deprimierende Resultate; keine einzige der Patienten ist trotz sorgfältigster Entfernung alles Kranken dauernd geheilt worden und ist somit für jedes Mammakarzinom, bei dem bereits vergrösserte Supraklavikulardrüsen fühlbar sind, auch bei gründlichster Operation keine Aussicht auf dauernde Heilung vorhanden. Die prophylaktische Ausräumung der Supraklavikulardrüsen ist keine berechtigte Operation, wenn auch unter Umständen supraklavikulare Drüsen nicht abhalten werden, in manchen Fällen aus Humanitätsgründen noch zu operieren.

Prof. v. Mikulicz und Dr. Fittig gelangten zu der Überzeugung, dass die Röntgenstrahlen eine gewisse elektive Wirkung auf das Karzinomgewebe besitzen und von viel grösserer Bedeutung sind, als alle bisher für die Behandlung des Karzinoms bekannten, gewebszerstörenden Mittel, und wird erklärt, warum eine stärkere Beeinflussbarkeit des Epithels und Nervengewebes durch die Röntgenstrahlen leicht verständlich erscheint. In einem Fall mit beiderseitigen karzinomatösen Achseldrüsen wurde durch die Röntgenstrahlen das ulzerierte Mammakarzinom bei einem 52jährigem Mann von einem gänseeigrossen, 1 cm tief exulzerierten Tumor nach 6 Sitzungen von ca. 10—15 Minuten Expositionszeit ohne Reaktionserscheinungen höheren Grades zur Rückbildung gebracht und trat Heilung mit vorzüglicher Narbe ein. In den nach 4 Wochen entnommenen Gewebspartikelchen liess sich das anfänglich nachgewiesene Karzinomgewebe nicht mehr erkennen, mit Ausnahme vielleicht einiger alveolenähnlicher Zell- oder Kernkomplexe. Mikulicz ist geneigt, in intakter Haut ein Hindernis der Wirkung zu sehen; vorläufig hat die praktische Verwertung der Röntgenstrahlen in der Karzinombehandlung nur geringe Bedeutung und beschränkt sich auf die oberflächlich liegenden und langsam wachsenden ulzerierten Tumoren; die Ausrottung mit dem Messer wird bei der Bekämpfung des Krebses die Hauptrolle spielen.

Dr. Exner behandelte an Professor Gussenbauers Klinik in Wien drei Fälle von inoperablem Mammakarzinom mit Röntgenstrahlen. Die zu den Bestrahlungen verwendeten Röhren waren stets mittelweit und wurden den zu belichtenden Stellen tunlichst nahe gebracht, so dass bei kleinen Objekten die Fokusdistanz 9—10 cm, bei grösseren jedoch 17 cm betrug. Um die Umgebung der zu bestrahlenden Stellen zu schützen, verwendete er 0,5 mm dicke Bleiplatten. Zur Dosierung des angewendeten Menge Röntgenlichtes bediente er sich des von Holzknecht angegebenen Chromoradiometers. In den ersten zwei Fällen wurde nur der Erfolg

Digitized by Google

erzielt, dass die Jauchung, die früher sehr stark gewesen war, zum Aufhören gebracht wurde. Viel günstiger gestaltete sich der dritte Fall, wo lokal scheinbar Heilung erzielt wurde. Da bei der Behandlung mit Röntgenstrahlen der Tumor schichtweise zum Verschwinden gebracht wird und es nur nach dem Zugrundegehen der oberflächlichen Schicht möglich wird, auf die tiefer liegende zu wirken, hält es Exner für zweckmässig vor der Behandlung mit Röntgenstrahlen in geeigneten Fällen mit dem Messer die erkrankten Partien soweit als möglich zu entfernen. Man könnte auch daran denken, nach der Exstirpation eines Tumors das Operationsfeld einer energischen Einwirkung der Röntgenstrahlen auszusetzen. Bei den Fällen von Impfrezidiven, die nach der Exstirpation eines Tumors auftreten, könnte dieses Rezidiv durch eine derartige Behandlung vielleicht vermieden werden. Auch in einem Falle von Melanosarkom mit zahlreichen Metastasen trat nach Röntgenbehandlung ein Verschwinden der einzelnen Tumoren ein, ohne dass aber eine Heilung des Patienten erfolgte. Dabei bildeten sich die Tumoren rascher zurück als die Pigmentablagerungen.

Dr. Petersen berichtet über die Erfolge der Heidelberger Klinik bei der Operation von Magenkarzinom. Von 30 Patienten, bei denen wegen Karzinom Magenresektion ausgeführt wurde, sind 12 bei der Operation gestorben, von den übrigen 18 sind noch 7 am Leben. Die Resektion selbst wird sehr ausgedehnt gemacht, weniger radikal wird bei der Ausräumung der regionären Lymphdrüsen vorgegangen. Die Resultate bei diesem Vorgehen und seine mikroskopischen Untersuchungen führen ihn zu dem Schluss, dass in den Drüsen viele Karzinomzellen zu grunde gehen, da man annehmen muss, dass schon Metastasen in den regionären Drüsen bestehen. Die Resultate der Magenchirurgie sind besser, als man jetzt allgemein anzunehmen geneigt ist. Seine Statistik zeigt, dass die Gastroenterostomie das Leben durchschnittlich um 4—5 Monate, die Magenresektion um 6—8 Monate verlängert. Das Magenkarzinom hat mehr die Neigung, sich in der Schleimhaut auszudehnen, während das Rektumkarzinom mehr nach der Tiefe wächst.

Dr. Mahu empfiehlt das Adrenalin als Mittel gegen den Krebs. Unterdrückung der Blutungen, Aufhören des Schmerzes und infolgedessen rasche und anhaltende Besserung des Allgemeinzustandes waren die direkten Folgen von einfachen Pinselungen mit Adrenalinlösung (1:1000). Diese Pinselungen wurden viermal während der ersten zwei, dreimal während der folgenden zwei Wochen und dann zweimal wöchentlich wiederholt. In den drei Fällen handelte es sich um einen Zungenkrebs, resp. zwei Kehlkopfkrebse und waren die Patienten schon der Kachexie sehr nahe.

Auch Prof. Robin verfügt über mehrere Fälle von Karzinom (einen des Gesichtes, zwei des Mastdarmes, einen der Brust), wo diese einfache Adrenalinapplikation einen Stillstand im Weiterwachstum der Neubildung, Unterdrückung der Blutungen, der Schmerzen usw. bewirkt hat. Als Heilmittel möchte er das Adrenalin keineswegs ansehen, jedoch sicher als ein wertvolles Heilmittel in der sonst so trostlosen Krebsbehandlung, welches jedenfalls im stande sei, den Patienten für eine Zeit lang Erleichterung und Trost zu bieten. Wichtig ist, dass alle ulzerierenden Stellen von der Flüssigkeit betupft werden.

Dr. Becker (München) hat das von Adamkiewicz dargestellte Kankroin in vier inoperablen Fällen von Karzinom versucht, und zwar bei zwei Ösophaguskarzinomen, an einem Karzinom der grossen Kurvatur des Magens und an einem Karzinom des Colon descendens. Es wurden 15—24 Injektionen à 1 g in jedem der Fälle gemacht. Dieselben wurden gut vertragen, irgend eine Besserung wurde aber nicht erzielt; zwei der Patienten starben, auch bei den übrigen war kein Rückgang des Tumors zu konstatieren.

Dr. Breuss (Wien) hat das Aspirin bei inoperablen Fällen von Karzinom zur Bekämpfung der Schmerzen versucht und in einer Reihe von Fällen so zufriedenstellende Resultate erzielt, dass er dessen Anwendung bestens emp-

Digitized by Google

fehlen kann. Das Aspirin hat gegenüber dem Morphin einen grossen Vorteil. Beim Morphingebrauch gewöhnt sich der Patient bald an grosse Dosen und häufig versagt dann die Wirkung, wenn Morphin nicht in Injektionen gegeben wird. Verfasser hat das Aspirin in eingrammigen Pulvern versucht und davon 2—3 Pulver täglich nehmen lassen. Im Anfange reichte die Wirkung vollkommen aus, so dass häufig längere Zeit hindurch gar kein anderes Mittel zur Erzielung einer schmerzstillenden Wirkung nötig war. Wenn dann die Schmerzen durch Aspirin nicht mehr vollkommen zu beseitigen waren, so konnte Verfasser doch den Morphingebrauch auf eine Injektion täglich beschränken und liess in der Zwischenzeit weiter Aspirin nehmen. Verfasser hat mit Aspirin mehrere Fälle von Uteruskarzinomen, sowie einen Fall von Rezidive eines Mammakarzinomes behandelt und war stets mit dem Erfolge zufrieden. Ein Fall von Uteruskarzinom, wo wegen des Alters der Patientin und dem vorgeschrittenem Stadium der Erkrankung nur mehr eine Palliativoperation vorgenommen werden konnte, ist seit der Operation (einem Jahre) nur mit Aspirin behandelt worden und lassen sich die Schmerzen damit so weit beeinflussen, dass die Anwendung eines Narkotikums bisher unnötig war.

Dr. Beck hat die Arsenbehandlung des Hautkrebses nach Czerny-Trumeček in fünf Fällen in Anwendung gebracht und konnte mit derselben zufriedenstellende Erfolge erzielen. Es gelangten folgende Lösungen zur Aufpinselung:

Rp.	Acid. arsenic.	1,0	
	Alkoh. abs.		
	Aqu. dest.	ää 75,0;	bis zu:
Rp.	Acid. arsenic.	1,0	
	Alkoh. abs.		
	Aqu.	ää 25.0.	

Nach dem Einpinseln bleibt die Geschwürsfläche ganz frei, wodurch meist nach 24 Stunden schon eine grauweisse, gut haftende Kruste vorhanden ist. Nachfolgend wird auf die Kruste selbst, ohne dieselbe zu entfernen, gepinselt und durch diese Pinselungen, sowie durch die [illegible]indige Berührung mit der Luft, wird die Kruste immer dicker, härter und auch dunkler und haftet innig dem Geschwürsgrunde an. Nach einiger Zeit erfolgt eine Lockerung, resp. Abfall der Kruste und eine von frischen Granulationen bedeckte Stelle tritt zutage. Wenn bei neuerlicher Pinselung des gereinigten Grundes sich nur eine dünne, gelbliche oder grünliche Kruste bildet, ist es überflüssig, mit der Behandlung fortzufahren, da alles Krankhafte mit der ersten Kruste entfernt ist; sind noch Krebsnester zurückgeblieben, so bilden sich an den entsprechenden Stellen dicke, festhaftende Krustenteile und die Therapie hat fortgesetzt zu werden. Die Behandlung ist kaum schmerzhaft.

Eine vollständige Heilung nach dieser Arsenikmedikation will Dr. Asselsbergs in zwei Fällen von Ulcus rodens beobachtet haben. Unter 61 Fällen von Epithelkrebs, welche dem Verfasser in den letzten Jahren vorgekommen sind, fand sich das Ulcus rodens 18 mal, und zwar 11 mal bei Frauen, 7 mal bei Männern. Das mittlere Alter der Kranken war 63 Jahre. In den besprochenen zwei Fällen waren die Nasenflügel, Wangen und Oberlippe, resp. die ganze Schläfengegend, Stirn und Lider ergriffen. Das Allgemeinbefinden war in beiden Fällen trotz Kankroid und Alters (63 Jahre und 84 Jahre) gut.

Prof. Hofmeier legt ausführlich dar, dass die Gefahren der Fibromyome sehr mannigfaltig und vielfach unberechenbar sind, dass sie um so grösser sind, in je jüngeren Jahren die Geschwülste auftreten, und dass, wenn sie nicht das Leben zerstören, sie doch eine grosse Anzahl der davon Betroffenen unfähig machen, ihre Lebensaufgaben zu erfüllen. In den letzten 10—15 Jahren haben sich die Operationsresultate bei Fibromyomen so bedeutend gebessert, dass die Indikationsstellung für die Operation sich vollständig verändert hat. Als Operationen kommen in Betracht die vaginale Ausschälung der Myome aus der Uterussubstanz mit geeigneter Versorgung der Uteruswunden und die vaginale Totalexstirpation. Hofmeier hält die vaginale Totalexstirpation des Uterus bei Myomen für eine sehr empfehlenswerte und segensreiche Operation. Erscheint eine vaginale Operation

Digitized by Google

nicht mehr ausführbar, so bleibt nur die Laparotomie übrig. Die Kastration bei Myomen wird nach Hofmeier nur in ganz besonderen Ausnahmefällen ihre Anwendung finden. Als Normaloperation sieht Hofmeier die supravaginale Amputation mit intraperitonealer Stielbehandlung an, und zwar als sogen. retro- oder subperitoneale Methode. Eine besondere Betrachtung widmet Hofmeier der Komplikation mit Schwangerschaft. Im allgemeinen wartet Hofmeier ruhig bis zum Ende der Schwangerschaft ab, auch wenn in der Zwischenzeit zuweilen etwas alarmierende Erscheinungen auftreten. Entweder geht die Geburt spontan vor sich, was auch bei tief in der Cervix sitzenden Geschwülsten oft überraschend gut geht, oder man reponiert eventuell im kleinen Becken sitzende Myome, oder man führt bei der Unmöglichkeit der Reposition den Kaiserschnitt nach Porro aus. Sind Geburt und Wochenbett glücklich vorüber, so rät Hofmeier die Involution des Uterus zunächst abzuwarten, um dann für eventuell erforderliche radikale Eingriffe besonders günstige Verhältnisse vorzufinden.

Dr. Lilienfeld hat bei einem Falle von kavernösem Angiom zweier Finger bei einem neunjährigen Kind die Alkoholinjektionen mit gutem Erfolge angewendet. Bei der grossen Ausdehnung der Geschwulst konnte von einer Exstirpation derselben nicht die Rede sein, weil bei der notwendig gewordenen Ablösung der dünnen Haut eine ausgebreitete Gangrän eingetreten wäre. Die Injektionen wurden nicht in den Tumor selbst, sondern in die noch gesunden Randpartien vorgenommen und nachdem die Basis der Geschwulst infiltriert war, wurde gegen das Zentrum vorgegangen; immer wurde dann in eine bereits in Infiltration befindliche Gegend injiziert. Das Wesentliche der Technik liegt darin, perivaskulär und nicht intravaskulär zu injizieren. Die ersten Injektionen wurden mit je 1 ccm 50%igen Alkohols, die späteren mit 70%igem Alkohol vorgenommen. Die Zahl der notwendig gewordenen Injektionen betrug 50. Im Verlaufe der Behandlung trat am Rande des Nagelbettes Nekrose der Haut, die sogar zu einer oberflächlichen Nekrose des Knochens führte, ein. Das Heilungsresultat war, soweit die Beseitigung der Geschwulst in Betracht kam, ein vollständiges, von der spindelförmigen Auftreibung beider Finger ist nichts zu bemerken und das Kind war beim Schreiben nicht mehr gestört. Hingegen führte die partielle Nekrose der Endphalanx des vierten Fingers zu einer unvollkommenen Ankylose im peripheren Interphalangealgelenk.

Die Probleme der Krebsätiologie von Prof. Israel (Arch. f. klin. Chir. 47. Bd. — Schm. Jahrb. 277. Bd. 1. H.). — Eine Krebsstatistik vom pathologisch-anatomischen Standpunkt von Dr. Riechelmann (Berl. klin. Wochenschr.). — Klinische und anatomische Untersuchungen über den Gebärmutterkrebs von Dr. Kroemer (Arch. f. Gynäk. — Schm. Jahrb. 277. Bd. 1. H.). — Indikationen und Prozesse der Operation des Mastdarmkrebses von Dr Jaffé (Arch. f. klin. Chir. — Schm. Jahrb. 277. Bd. 1. H.). — Welche Aussichten bietet die Operation des Mammakarzinoms bei vergrösserten Supraklavikulardrüsen? von Prof. Küstner (Beitr. z. klin. Chir. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 4). — Über einen mit Röntgenstrahlen erfolgreich behandelten Fall von Brustdrüsenkrebs von Prof. v. Mikulicz und Dr. Fittig (Beitr. z. klin. Chir. 37. Bd 3. H. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 19). — Über Röntgenstrahlenbehandlung des Mammakarzinoms von Dr. Exner (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 25. — Ther. d. Gegenw. 8. H.). — Dr. Petersen über Operation des Magenkarzinoms auf dem Chirurgenkongresse zu Berlin (Ther. d. Gegenw. 7. H.). — Das Adrenalin als Mittel gegen den Krebs von Dr. Mahu (Presse méd. Nr. 27. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 17). — Über Adrenalin bei Krebs von Prof. Robin (Ebendaselbst. — Ebendaselbst). — Über Kankroin „Adamkiewicz" von Dr. Decker (Münch. med. Wochenschr. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 2). — Über die Wirkung des Aspirins bei Karzinomschmerzen von Dr Breuss (Allg. Wien. med. Ztg. Nr. 11). — Zur Therapie des Epithelioms von Dr. Beck (Monatsh. f. prakt. Dermat. 36. Bd. 7. H.) — Therapie des Hautkrebses von Dr. Asselsberg (Presse méd. Belge. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 7. H.). — Die Grundsätze der modernen Behandlung der Fibromyome des Uterus von Prof. Hofmeier (Würzb. Abh. — Schm. Jahrb. 278. Bd. 4 H.). — Ein Fall von kavernösem Angiom der Finger, durch Alkoholinjektionen geheilt von Dr. Lilienfeld (Beitr. z. klin. Chir. 38. Bd. 2. H. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 7. H.).

Nervenkrankheiten. Die Notwendigkeit strenger Individualisierung sowohl in der Beurteilung der funktionellen Neurosen, wie hinsichtlich der anzuwendenden Massnahmen trifft nach Dr. Heiligenthal sowohl für die Wahl der Kurorte, wie vor allem für die Wahl

Digitized by Google

der hydriatischen Prozeduren zu, für welche die Dosierung des thermischen und mechanischen Reizes nach Stärke und Dauer massgebend ist. Darnach wird sich die Verordnung und Anwendung der einzelnen Prozeduren und die Dosierung der einzelnen Komponenten zu richten haben, je nachdem man erregend oder beruhigend wirken will, je nachdem es sich um erethische oder torpide Formen der Neurosen handelt. Von diesen Gesichtspunkten aus ist die Verwendung der Ganz-Halbbäder, Duschen, Abreibungen, Einpackungen etc. anzuordnen. Auch die Elektrizität kommt in Anwendung, entweder als lokale Applikation, wie z. B. Galvanisation des Kopfes und Rückenmarkes, oder als allgemeine Anwendung in Form der elektrischen Bäder. Der Massageheilgymnastik fällt hauptsächlich die Aufgabe zu, die Zirkulation, den Stoffwechsel und die Ernährung zu fördern. Es zeigen jedoch die Untersuchungen Grebners, dass bestimmten Übungen, die Herz alsSelbstförderungshemmungsbewegungen bezeichnet, insoferne bestimmte Wirkungen auf kortikale Funktionen zukommen, als dieselben die Reaktionszeit verkürzen und verlängern können. Was nun im allgemeinen die Dosierung der physikalischen Heilagentien anlangt, so handelt es sich dabei um die Applikation von Reizen. Bestehen schon beim Gesunden sehr viele Schwankungen in der Reizempfänglichkeit, so um so mehr bei der Neurose, wo die Erregbarkeit sowohl gesteigert, wie herabgesetzt sein kann. Um in dieser Beziehung sicher zu gehen, empfiehlt es sich, stets mit weniger eingreifenden Prozeduren zu beginnen und nur langsam, tastend zu stärkeren vorzuschreiten.

Aus der im Berichtsjahr erschienenen zweiten Auflage von Prof. O. Rosenbachs Werke über nervöse Zustände und ihre psychische Behandlung ist folgendes besonders hervorzuheben. Ganz besonders bei der Behandlung Nervöser ist genaue Individualisierung geboten. Von den durch allzu starke Beanspruchung des Nervensystems Erschöpften ist die grosse Gruppe der Willensschwachen und abnorm Sensiblen ebenso scharf zu trennen, wie die Gruppe der konstitutionell abnorm Disponierten. Bei der letzteren Gruppe kann nur eine Herabsetzung der Anforderungen Nutzen bringen. Auch die durch allzu starke Beanspruchung des Nervensystems Erschöpften sollen nicht durch therapeutische Massnahmen hingehalten werden, sondern unter allen Umständen auf die Wichtigkeit einer Änderung der Existenzbedingungen aufmerksam gemacht werden, so gross auch die Schwierigkeiten sein mögen, die sich einer solchen in den Weg stellen. Bei den Willensschwachen handelt es sich vor allem darum, den Hang zur Passivität, der sich u. a. in der Behandlungssüchtigkeit solcher Kranken ausdrückt, zu beseitigen, und die Neigung zu selbstständiger zielstrebiger Willensaktion zu wecken und zu fördern, was am besten durch Anhaltung zu systematischer und fruchtbringender Betätigung erreicht wird, während die Anwendung von Kuren, welchen der Kranke sich rein passiv unterwirft, wie passive Gymnastik, hydropathische Massnahmen, Massage, Mastkuren etc. in dieser Hinsicht oft fruchtlos bleiben, weil sie den Kranken keineswegs zur Selbsttätigkeit anregen. Den nervösen Husten bezeichnet Rosenbach als eine Folge mangelnder Hemmung des durch einen geringen Reiz in extensive Bewegung versetzten Reflexmechanismus des Hustens. Als einzige Therapie hat die psychische zu gelten. Bei funktionellen Stimmlähmungen ist eine genaue Trennung der vom Willen abhängigen Innervation und der vom Willensakte unabhängigen Krämpfe der fundamentale Gesichtspunkt für eine rationelle Therapie. — Im 10. Kapitel sucht Autor die Gebiete der verschiedenen Formen psychischer Therapie abzugrenzen. Durch die hypnotische Methode lässt sich nicht mehr erreichen als durch andere, von keinem mystischen Schimmer umgebene Massnahmen der psychischen Therapie. Die psychische Therapie hat drei Kategorien, nämlich die Hypnose, die verbale Suggestion (einfache Kommandotherapie), die erziehliche Methode. Letztere ist nach Rosenbach die ideale, ist aber doch nur bei intelligenten Kranken durchführbar; der Patient muss überzeugt werden, dass die Funktionen normal sind, muss sodann eine

Digitized by Google

möglichst genaue Vorstellung von dem Mechanismus desjenigen Vorganges, der nach seiner Meinung gestört ist, erhalten, muss dudurch zur Überzeugung gebracht werden, dass seine Vorstellungskrankheit nur dadurch geheilt werden kann, dass der Vorstellungsinhalt und die Handlungen des Kranken in diesem Sinne reguliert werden, und muss in seinem Glauben an die Heilbarkeit und in seinem Willen, die Heilung herbeizuführen, immer wieder bestärkt werden. Bei minder intelligenten Kranken muss zuerst eruiert werden, welcher psychischen Therapie sie am ehesten zugänglich sind. Unter allen Umständen muss der Arzt den Schein vermeiden, die Beschwerden des Kranken für eingebildet zu halten. — Die Entstehung der Fissura ani wird nach Rosenbach sehr oft falsch aufgefasst; es handelt sich nämlich in vielen Fällen nicht um einen sekundären Krampf des Sphinkters infolge einer Fissur oder eines Ulcus der Analschleimhaut, sondern um die Folgen einer typischen paradoxen Innervation, welche sich daraus entwickelt, dass der Wille bei gewissen Individuen, bei welchen infolge einer abnormen Reizbarkeit häufig Stuhldrang vorgetäuscht wird, in falscher Richtung interveniert, indem er die etwa notwendige periodische Entleerung verhindert. Die etwa vorhandene Fissur ist dabei von nebensächlicher Bedeutung, was sich schon daraus ergibt, dass starke (tuberkulöse) Ulzerationen im Mastdarm häufig nicht den geringsten Schmerz oder Krampf verursachen. Rosenbach führt aus, wie die psychische Therapie bei derartigen Fällen von „Fissura ani" gerade wunderbare Resultat zu erzielen vermag. — Emotionsdyspepsie wird nach Rosenbach häufig verkannt. Von grösster Wichtigkeit für die Diagnose ist die geringe Regelmässigkeit und der häufige Wechsel der Erscheinungen. Das Ergebnis der Untersuchungen vermag gewöhnlich die Schwere der subjektiven Beschwerden nicht zu erklären. Es handelt sich da um eine gesteigerte Erregbarkeit der Leitungen, um Hyperästhesie der Perzeptionsorgane und um eine Störung der Regelmässigkeit der für die einzelnen Phasen der Tätigkeit (des Magens) notwendigen nervösen Impulse. Die Ursache der Störung ist in der Wirkung einer psychischen Emotion auf ein entsprechend disponiertes Nervensystem zu suchen. Die Behandlung hat im wesentlichen eine psychische zu sein. — Die Anwendung der Magensonde betrachtet Rosenbach als ein wichtiges Mittel der erziehlichen Therapie. Er sah oft sehr günstige Wirkung von der einfachen Einführung der Magensonde; die Spülflüssigkeit liess er dabei, ohne dass sie den Magen berührt hatte, abfliessen. Auch kann man mit Hilfe der Magensonde Kranke, welche das „Gefühl der Stagnation des Mageninhaltes" haben, vermittelst der Magenausspülung von der Irrigkeit ihrer Empfindung überzeugen etc. Statt der Bezeichnung Hypnose wäre der Ausdruck Trance am Platze; es handelt sich ja um den „Übergang" des Individuums in die abnorme Reaktionsform des lebenden Automaten. Das Zustandekommen der Hypnose ist immer mystisch, auch dann, wenn es unter dem Einflusse der verbalen Suggestion erfolgt. Nur die erziehliche Behandlung, welche sich an die Kritik und Auffassung des Kranken wendet, ist eine nicht mystische psychische Behandlung.

Die genuine Migräne ist nach Dr. Karplus (Wien) meist ein vererbtes Leiden, so dass ohne Nachweis von Migränefällen in der Aszendenz Vorsicht in der Diagnose geboten ist, um nicht sympathische Migräne zu verkennen. Als charakteristische Begleitsymptome der Migräneanfälle sind gewisse auraähnliche, vasomotorische und sensible Erscheinungen anzusehen, darunter namentlich Flimmerskotome, einseitige oder allgemeine Parästhesien, Sprachstörung und Gefühl von Schwere in der Zunge, sehr selten motorische Schwäche. Der Kopfschmerz beginnt meist an einer zirkumskripten Stelle, der Aura gewöhnlich kontralateral und ist gegenüber neuralgischen Kopfschmerzen durch seine Kontinuität charakterisiert. Mit dem Kopfschmerz verbinden sich sehr oft ausgesprochene Hyperästhesie der Sinnesorgane, namentlich des Gesichtes und Gehörs. In schweren Fällen findet sich Pulsverlangsamung, auf der Höhe des Anfalles tritt Erbrechen auf, manchmal, namentlich bei leichteren Fällen,

Digitized by Google

jedoch das Gegenteil, indem Speiseaufnahme eine Erleichterung herbeiführt. Die Anfälle beginnen meist schon schon in der Kindheit. Wichtig sind die Beziehungen der Migräne zur Nervosität, Hysterie und Epilepsie, welche häufig diagnostische Schwierigkeiten bedingen können, aber dennoch wesentlich für die Therapie in Betracht kommen. Ebenso sind sympathische Migräneanfälle nach Augenerkrankungen, organischen Gehirnkrankheiten u. a. m. zu berücksichtigen. Die Behandlung der Migräneerkrankungen selbst besteht in der Verhinderung des Auftretens der Anfälle, sowie in der Behandlung des Anfalles selbst. Alle allgemeinen Massnahmen, welche die Gesundheit des Kranken heben, sind nützlich. Intensität und Frequenz der Anfälle können abnehmen. Jedem schwer Migränekranken ist der Alkohol zu entziehen. Ferner forsche man nach Gelegenheitsursachen, welche etwa die Anfälle hervorrufen (geistige Überarbeitung, Aufregung und eine ganze Anzahl verschiedener äusserer Umstände), um dieselben möglichst vermeiden zu können. Ein Verhüten der Anfälle gelingt manchmal durch eine Bromkur, wobei man durch 14 Tage 3 g Bromsalz pro die gibt, dann allmählich auf 5—6 g steigt und wenn die Anfälle ausbleiben, wieder auf 3 g heruntergeht und längere Zeit auf dieser Dosis verbleibt. Wird Brom nicht vertragen, so muss man sich auf die Behandlung der einzelnen Anfälle beschränken. Man gibt möglichst frühzeitig Phenacetin, Pyramidon, Migränin oder Pyramidon mit Coffeinum citricum. Gefässmittel sind einstweilen, da wir über den Zustand der Blutgefässe im Gehirn keine Kenntnis haben, kontraindiziert, eventuell könnte man in anfallsfreien Zeiten eine Beeinflussung der Gefässe durch Adrenalin oder durch Diuretin versuchen. In sehr schweren Anfällen ist bei Versagen anderer Mittel eine Morphiuminjektion indiziert.

Dr. Ettinger (Bukarest) gibt die ausführliche Krankengeschichte einer Patientin, bei welcher von Jonnescu wegen hartnäckiger Migräne die totale und beiderseitige Resektion des Halssympathikus und des ersten Brustganglions vorgenommen wurde, und welche er nach zwei Jahren wieder zu sehen Gelegenheit fand. Die Migräne war definitiv verschwunden, der Allgemeinzustand ein sehr guter, es bestanden keinerlei Störungen von seiten des Herzens, der Respiration, auch keinerlei trophische Störungen. Die Funktion der Augen war normal.

Sowie die Migräne eine Krankheit sui generis ist, die fast stets auf einer konstitutionellen, höchst wahrscheinlich intrakraniellen Veränderung beruht, stellt, wie dies Dr. Auerbach (Frankfurt a. M.) auseinandersetzt, der Knötchen- und Schwielenkopfschmerz ein nach seinem speziellen klinischen Verhalten scharf gekennzeichnetes Bild dar. Er beginnt im späteren Alter, nie in der Kindheit; fast regelmässig haben die Schmerzen ihren Ausgangspunkt im Hinterhaupte, der Schmerz ist permanent ohne ganz freie Intervalle, Erkältungseinflüsse sind zweifellos vorhanden, psychische Überanstrengungen oder ähnliche Faktoren sind ohne Einwirkung, Heredität, Erbrechen und Aura mangeln; dagegen sind Veränderungen in der Kopfschwarte und den Nackenmuskeln durch Palpation nachweislich, wenn auch hierzu in manchen Fällen ein durch Übung verfeinertes Tastgefühl gehört. Die Prognose ist, wenn nicht schwere Komplikationen vorhanden sind, nicht ungünstig. Das Wesentlichste der Therapie ist die Massage, die in der ersten Zeit des öfteren recht schmerzhaft ist. Man empfehle während der Behandlungszeit Einschränkung der gewohnten Beschäftigung, völlige Abstinenz von alkoholischen Getränken und Regulierung des Stuhlganges. Kopfwaschungen sind zu unterlassen. Die Massage ist die übliche. Ausstreichen beider Halsgegenden, Durchknetung der Muskeln und der Haut, Aufsuchen der einzelnen subkutanen und intramuskulären Einlagerungen und Friktion derselben, durchdringende Effleurage zu beiden Seiten der Sagittalnaht und Effleurage der Stirn- und Gesichtshaut.

Das Hauptsymptom der Neurasthenie ist nach Dr. Holländer (Wien) eine Energielosigkeit des Gehirnes, welche in den meisten Fällen angeboren ist, in seltenen Fällen durch äussere Einwir-

Digitized by Google

kungen, Überarbeitung bedingt ist. Diese Energielosigkeit charakterisiert sich durch eine gewisse intellektuelle Leistungsunfähigkeit, langsamen Gedankenablauf, durch Schwierigkeit in der Konzentrierung der Gedanken und durch erschwerte Reproduktion, ferner durch Perzeption von Eindrücken, welche sonst unter der Schwelle des Bewusstseins verlaufen. Ein weiteres Symptom der Neurasthenie ist eine erleichterte Auslösung von Lust- oder Unlusteffekten, welche dem Habitus des Geistes des Neurasthenikers ein eigentümliches Gepräge gibt; er zeigt eine gewisse Unsicherheit, Ängstlichkeit, Mangel an Zuversicht und Selbstvertrauen. Diese Zustände bilden die Anlage zur Neurasthenie. Zu der Krankheit kommt es erst dann, wenn die unterschwelligen Reize in ihrer Wertigkeit überschätzt werden. Zur Behandlung der Neurasthenie wird eine Unzahl von therapeutischen Methoden empfohlen: physikalische, chemische, medikamentöse, thermische und psychische Heilmethoden. Die ersten drei Methoden wirken günstig, greifen aber die Krankheit an und für sich nicht an, sondern geben nur dem Bewusstsein des Kranken einen anderen Inhalt. Wichtig ist die psychische Behandlung, für welche jedoch keine einheitlichen Vorschriften gegeben werden können. Vor allem muss man den Kranken psychisch entlasten, nämlich von dem krankhaften Bewusstsein seiner vollständigen Unzulänglichkeit und dem Gefühl der Pflichtversäumnis. Aus der Synthese dieser zwei Gefühle entsteht ein Gemütszustand, welcher für den Kranken ausserordentlich quälend ist. Dieser Indikation der psychischen Entlastung genügt man am besten, wenn man ihn aus seinen häuslichen Verhältnissen entfernt. In vielen Fällen bewährt sich folgendes Verfahren: Man lässt den Kranken zuerst durch $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde eine mechanische Arbeit verrichten, welche jedoch eine gewisse Aufmerksamkeit erfordert, z. B. eine Landkarte nachzeichnen. Man muss sich immer vor Augen halten, dass man nie dieselbe Beschäftigung durch längere Zeit fortsetzen soll. Unter Abwechseln der Beschäftigung erreicht man nach und nach, dass der fehlerhafte Mechanismus der geistigen Tätigkeit sich allmählich bessert. Ferner soll man gymnastische Übungen ausführen lassen, zu welchen keine grosse Kraft, aber eine intensive Aufmerksamkeit notwendig ist. Die Hauptsache ist, den Kranken so zu erziehen, dass er die Aufmerksamkeit von den unterschwelligen Reizen ablenkt, und das ist nur dadurch möglich, dass wir seinem Bewusstsein neue Reize zuführen, denen er seine Aufmerksamkeit zuwendet.

Dr. Dunin (Warschau) betrachtet die Hysterie für eine Psychose. Ihre Symptome beruhen einerseits auf den sogenannten hysterischen Stigmata, andererseits auf den sogenannten ideogenen unbewussten, aber auf einer reellen Basis fussenden Vorstellungen. Einzig rationelle Behandlung der Hysterie ist für Dunin die Hypnose und zwar streng nach der Methode von Janet bezw. Breuer und Freud (Hervorholung der primären Ursache der Hysterie, Vernichtung derselben durch Gegensuggestion usw. posthypnotisch). Gefährlich ist nur das Abhängigkeitsverhältnis, das sich zwischen Arzt und Kranken herausbildet.

Über die günstige Wirkung des Amylnitrits bei Hysterie berichten Dr. Hirtz und Dr. Loust. Unter dem gefässerweiternden Einflusse des Amylnitrits sahen sie oft die hysterischen Anfälle verschwinden. Sie erklären diese Wirkung damit, dass die Erscheinungen von Hysterie und Hysteroneurasthenie oft nichts anderes sind als Angiospasmen in den inneren Organen und im Cerebrospinalsystem; diese Krämpfe können auch die Blutgefässe der Nieren betreffen und die Albuminurie (intermittierende oder bei anhaltendem Krampfe dauernde) hervorrufen. Im Magen kann der Angiospasmus Ulzerationen mit Blutbrechen, wie man oft bei Hysterischen, diesem Typus der Kranken mit Gefässkrampf beobachtet, erzeugen. Die günstige Wirkung des Amylnitrits auf verschiedene Erscheinungen hysterischen Ursprungs findet also in dessen gefässerweiterndem Einfluss seine Erklärung.

Die Therapie sexueller Funktionsstörungen beim Manne behandelt Dr. Buxbaum (Wien). Was zunächst die Spermatorrhöe anlangt, ist hier vor

Digitized by Google

allem die allgemeine Neurasthenie zu behandeln. Die Kühlsonde ist in jenen Fällen anzuwenden, wo keine Hyperästhesie der Urethra besteht. Von lokalen Prozeduren, die die Spermatorhöe günstig beeinflussen, nennt Buxbaum hauptsächlich die Kühlapparate längs der Wirbelsäule, die lange dauernden (10 Minuten) kalten (— 16° C) Sitzbäder und eine Prozedur, die noch wenig gewürdigt ist, die sogenannte Sitzdusche, eine Applikation, die gegen das Perineum des Patienten gerichtet ist und von 2 bis 3 Minuten langer Dauer in der Temperatur von 14—18° C angewendet wird. Welche allgemeine Prozeduren mit den lokalen verbunden werden sollen, hängt selbstverständlich von der Individualität ab. Für die Behandlung der krankhaft gesteigerten Pollutionen sind dieselben Grundsätze geltend wie für die der Spermatorhöe. Die Prognose ist im allgemeinen hier günstiger, vorausgesetzt, dass es sich nicht um schwere örtliche anatomische Veränderungen oder um organische Erkrankungen des Nervensystems, wie Tabes, oder um konstitutionelle Krankheiten handelt. Hier kann nur eine Besserung des Allgemeinleidens eine Besserung der Pollutionen zur Folge haben. Bei den Pollutionen als funktionelle Störung ist die Psychrophorbehandlung wohl die erfolgreichste. Je früher die Behandlung eingeleitet wird, um so sicherer und dauernder ist der Erfolg. Im Anfangsstadium ist es zweckmässig, die Behandlung alle Tage durch 3 bis 4 Wochen fortzusetzen, und zwar in der Weise, dass allmählich dickere Sonden eingeführt und die Temperatur auf 8—10° herabgesetzt wird. Handelt es sich um vorgeschrittene Fälle, so ist der Gebrauch des Psychrophors mit durchfliessendem warmen Wasser (30°) angezeigt. Die Dauer der Prozedur beträgt 5 Minuten. Auch die Anwendung kalter Sitzbäder 5—10 Minuten ist von gutem Erfolge begleitet. Fliessende Rückenwaschungen, Sitzduschen von längerer Dauer, Kälteapplikationen längs der Wirbelsäule, Nakkenschläuche, auch Hinterhauptbäder mit kaltem Wasser und von langer Dauer unmittelbar vor dem Schlafengehen werden in vielen Fällen günstige Wirkung haben. Entscheidend für die Frage, wann die Pollutionen als krankhaft zu bezeichnen sind, ist das Verhalten des Allgemeinbefindens. Wenn sich an Pollutionen Mattigkeit, Abgeschlagenheit, Unlust zur Arbeit, Leistungsunfähigkeit anschliessen, wenn diese Erscheinungen keine Zeit haben zu schwinden oder selbst dann, wenn die Pollutionen nur selten auftreten, jedoch immer die erwähnten Ermüdungs- und Erschöpfungserscheinungen zur Folge haben, dann soll eine Behandlung eingeleitet werden. Solche Patienten dürfen nicht als „eingebildete Kranke" betrachtet, ihre Klagen nicht als Übertreibungen aufgefasst werden. Eine sehr häufige und ungemein lästige Komplikation der Pollutionen ist der Priapismus, der hier auch nur insoferne in Betracht gezogen werden soll, als er nicht Folgezustand einer organischen Erkrankung ist. Die Behandlung des Priapismus besteht in Kälteapplikationen, Kühlschläuchen längs der ganzen Wirbelsäule vom Hinterhaupt bis zur Lende, von denen günstigere Erfolge zu erwarten sind, als von lokalen Applikationen. Jedoch müssen die Kälteanwendungen längere Zeit, 1—2 Stunden, dauern. Auch Hinterhauptsbäder von längerer Dauer sind von Erfolg begleitet. Mit der Temperatur soll ein- und ausgeschlichen werden, d. h. es soll zu Beginn und am Ende der Applikation höhere Temperatur angewendet werden, um einer stürmischen Reaktion, die eine Verschlimmerung des Prozesses verursachen könnte, vorzubeugen. Auch allgemeine Prozeduren sollen hier angewendet werden. Mit der Herabsetzung der allgemeinen Irritabilität soll auch die erhöhte Reflexerregbarkeit der Genitalien vermindert werden. Bei der Impotenz hält Buxbaum die erregenden Prozeduren für indiziert, die von kurzer Dauer mit kräftigem thermischen und mechanischen Reiz einhergehen. Kurzdauernde (1—2 Minuten) Sitzbäder von niedriger Temperatur (höchstens 10° C), ebensolche Sitzduschen, Psychrophor, 3—5 Minuten lang mit kaltem (10°) durchfliessenden Wasser, Abreibungen, kurze kalte Regenbäder mit kurzem, beweglichen Fächer längs der Wirbelsäule sind die lokalen und allgemeinen Prozeduren, die in ver-

Digitized by Google

schiedensten Varietäten angewendet werden können. Sehr gute und rasche Erfolge erzielte Buxbaum mit Hydro- und Elektrotherapie. Von elektrotherapeutischen Methoden bewähren sich Faradisation des Dammes, der Innenfläche der Schenkel und der Urethra. Auch hier sollen nicht zu lange, aber auch nicht zu starke Ströme Anwendung finden. Endlich sei auch noch erwähnt, dass Rückenpackungen, Vibrationsmassage der Lendenwirbelgegend mit vorher genannten Methoden kombiniert zur Anwendung kommen können. Bei keiner Erkrankung dürfte es so sehr erforderlich sein, eine häufige Änderung der Applikationsformvorzunehmen, wie bei den hier geschilderten.

Gegen den hochgradigen Tremor bei Paralysis agitans empfiehlt Dr. v. Kótly (Budapest) das Rhizoma scopoliae carniolicae. Das Mittel enthält Hyoscyamin und Hyoscin, bezw. Scopolamin und verursacht auch bei längerem Gebrauch keine Intoxikations-Erscheinungen, ist daher dem Hyoscin überlegen, dessen Konkurrenz bezüglich der Wirkung es vollkommen besteht. Der Tremor ist meist rasch und erheblich vermindert, ja kann sogar auf längere oder kürzere Zeit eingestellt werden. Die Dosis beträgt pro die 0,3—0,4 (auf einmal in Pulverform).

Bei der hydriatischen Behandlung der Ischias steht nach Dr. Cathemas (St. Gallen) an erster Stelle die schottische Dusche, welche in Anwendung von strömendem Dampfe (45—50° C) mit nachfolgender kalter Fächerdusche besteht und die, oft schon nach wenigen Applikationen, ja selbst nicht selten nach einmaliger Anwendung, eine revulsive Umstimmung der krankhaften Nerven hervorruft. Frisch entstandene Neuralgien ist man mit dieser Prozedur zu koupieren im stande. Neben der schottischen Dusche kommen Schweissprozeduren, kinetotherapeutische Bäder und Lokalapplikationen in Frage. Zu diaphoretischen Zwecken eignen sich Einpackungen von längerer Dauer, das Dampfkastenbad und namentlich das elektrische Lichtbad. Nach jeder diaphoretischen Prozedur ist eine entsprechende Abkühlung in Form eines Voll-, Halbbades oder einer Dusche nötig, denn nur von der richtigen Kombination und Dosierung des thermischen Reizes ist eine Wirkung zu erwarten. Die kinetotherapeutischen Bäder verfolgen den Zweck, im Bade gymnastische Übungen zu ermöglichen. Im warmen Wasser gehen alle Bewegungen krankhafter Glieder viel leichter und schmerzloser vor sich. Noch einer anderen Indikation werden diese Bäder gerecht. Man beobachtet nämlich bei Ischiaskranken oft motorische Symptome, die sich in einer gewissen Steifheit und Spannung der Muskeln, welche vom Nervus ischiadicus innerviert werden, dokumentieren. Diese Spannung der Muskeln ist die Ursache des eigentümlich steifen Ganges vieler an Ischias Leidenden, welcher sich in höheren Graden zu der bekannten Skoliosis ischiadica entwickelt. Die muskelentspannende Wirkung des warmen Wassers trägt wesentlich zur grösseren Beweglichkeit bei. Als Lokalapplikation kommen die verschiedensten Wärmeanwendungen, sowie erregende Umschläge, Stammumschläge in Betracht. Nach diesen verschiedenen Prozeduren wendet man in subakuten und chronischen Fällen von Ischias Massage an, die nach Wasseranwendungen viel schmerzloser ertragen wird.

Dr. Krefft (Berlin-Zehlendorf) schildert die vorzüglichen Erfolge, die bei der Ischias mit der elektromagnetischen Therapie erzielt werden. In dem Berliner Institute für Elektrotherapie wurden in der Zeit vom März bis November 1902 59 Ischiasfälle mit diesem neuen elektromagnetischen Verfahren behandelt. Von diesen sind neun Fälle, die nur eine, resp. einige wenige Applikationen bekamen, aus der näheren Betrachtung auszuschliessen, für die dann also gerade die runde Zahl von 50 Fällen zur Verfügung bleibt. Unter ihnen befinden sich nur wenige als akut und auch nicht viele als subakut zu bezeichnende Fälle, während alte Ischiasveteranen, die wohl schon so ziemlich alles, was gegen dieses hartnäckige Übel angeraten wird, erprobt und eigenem Geständnisse zufolge bereits alle Hoffnung auf Befreiung begraben hatten, häufig darunter zu finden sind. Noch nicht über Jahresfrist krank waren nur 14 Patienten, und zwar betrug deren Krankheitsdauer

Digitized by Google

nur in fünf Fällen unter vier Wochen und in sieben Fällen unter zwei Monaten, während sie in weiteren sieben Fällen zwischen zwei und zwölf Monaten schwankte. Wenn man diese Fälle als akut, bezw. subakut bezeichnet, so muss man weitaus die Mehrzahl der übrigen 36 Fälle als sehr chronisch bezeichnen, was zur Genüge daraus ersichtlich wird, dass die Durchschnittsdauer ihrer Gesamtheit pro Fall acht Jahre betrug. Die drei inveteriertesten Fälle, von denen übrigens zwei mit gutem, einer derselben sogar mit glänzendem Erfolge behandelt wurden, weisen ein Alter von je 18, 25 und 31 Jahren auf. Die Resultate der Behandlung stellen sich folgendermassen dar. Als völlig geheilt konnten sieben Fälle, als dauernd und wesentlich gebessert 28 Fälle aus der Behandlung entlassen werden, wobei zu bemerken ist, dass in neun Fällen die Besserung so erheblich war, dass man sich versucht fühlt, sie den geheilten Fällen beizuzählen. Bezüglich der restierenden 15 Fälle ist zu betonen, dass fünf derselben durch das Verfahren vorübergehend eine erhebliche Erleichterung, ja sogar völlige Befreiung von ihren Schmerzen erfuhren; meist kehrten diese jedoch nach einigen Stunden wieder, und das Befinden der Kranken nach der Entlassung musste demgemäss als status quo ante bezeichnet werden. Die Wirkung einer elektromagnetischen Sitzung in diesen Fällen war also etwa einer Morphiuminjektion zu vergleichen, von der sie sich allerdings durch das Fehlen jeder unerwünschten Nebenwirkung doch noch vorteilhaft unterscheidet. Bedauerlich erscheint es nur, dass hier die elektromagnetische Kur nicht länger fortgesetzt wurde, da doch die Aussicht auf einen schliesslichen Dauererfolg entschieden nicht ganz von der Hand zu weisen war. Dasselbe gilt auch für die übrigen zehn erfolglos behandelten Fälle, deren Kurdauer in fünf Fällen jedenfalls relativ viel zu kurz bemessen war; so bekam ein seit sechs Jahren ununterbrochen ischiasleidender Patient nur zehn Applikationen usw. Zudem handelte es sich in einem dieser Fälle um eine symptomatische Ischias infolge spinaler Lues, während zwei weitere Fälle auch nicht als echte Ischias, sondern eher als neurasthenisch, bezw. hysterische Pseudoischias erschienen, so dass also von 50 Fällen nur sieben bedingungslose Misserfolge resultierten.

Die ischialgischen Beschwerden können angeblich durch kräftiges Drücken mit dem Finger auf den Nerven über dem Foramen ischiadicum bekämpft werden. Dr. Rzad hat sich in den letzten fünf Jahren dieser Methode bedient und konnte selbst in veralteten Fällen oder solchen, wo die übrigen Massnahmen erfolglos geblieben, sehr günstige Resultate erzielen. Statt des Fingers benutzt er zum Drücken einen kleinen Stampfer in Form eines T. Die Manipulation dauert 1–1½ Minuten und schafft schon nach der ersten Sitzung eine vorübergehende Linderung der Schmerzen. Diese Prozedur wird je nach der Schwere des Falles (in Intervallen von einem bis mehreren Tagen) 2–3 mal wiederholt und in allen hartnäckigen Fällen wurden die ischialgischen Beschwerden nach höchstens 6—7 Sitzungen behoben. Zuweilen traten nach dem Schwinden der Schmerzen in den betreffenden Extremitäten Parästhesien auf. Selbst wenn nach 2—3 Sitzungen die Beschwerden fortbestehen, rät Verfasser zur weiteren Anwendung der Methode. Von 60 Fällen versagte sie nur in drei, die übrigen Kranken wurden von den Schmerzen dauernd befreit, und trotzdem sie bis zu fünf Jahren in Beobachtung blieben, trat kein Rezidiv auf. Der Druck muss kräftig sein, richtet sich aber nach der Empfindlichkeit des Patienten und den zu überwindenden Hindernissen (Dicke der Fett- und Muskelschicht etc.).

Über die Behandlung der Ischias mit fixen Verbänden sprach Dr. Ehret im unterelsässischen Ärzteverein: Die typische Lage des Kranken bei schmerzhafter Ischias: Flexion im Hüftgelenk, starke Abduktion und Aussenrotation des Oberschenkels und Flexion im Kniegelenk entspricht der vollkommensten Nervenentspannung, wie dies anatomisch an der Leiche nachzuweisen ist. Fehlt die typische Stellung bei der Ischias, so ist dies die Indikation für den festen Verband in der künstlich herbeigeführten Lage. Nach subkutaner Injektion von 0,02 Morphium

Digitized by Google

lässt sich der Wasserglasverband leicht anlegen, dessen Erfolg gegen die Schmerzen meist ein glänzender ist.

Prof. Bardenheuer (Köln) hat in fünf Fällen von Ischias ein von ihm angegebenes Verfahren angewendet. Die Operation besteht in partieller Resektion der Synchondrosis sacro-iliaca, und zwar ihres unteren Abschnittes, der Befreiung der Nervenwurzeln von dem Drucke seitens der knöchernen Wände der Canales sacrales, also Einlagerung der Nerven in Weichteile (Nervinsarkokleisis). Die Resultate der Operation waren vollkommen gute. Obwohl in einem Falle vier Jahre, in dem jüngsten 1½ Jahre seit der Operation verstrichen sind, blieben alle Operierten frei von jedem, auch dem geringsten Schmerzanfalle, selbst von jeder Andeutung einer Schmerzempfindung. Verfasser bespricht ausserdem die pathologische Anatomie und die Symptomatologie der traumatischen Form dieser Krankheit, wobei er aber den Begriff des Traumas viel weiter fasst, als dies gewöhnlich geschieht. Er zählt dazu das lange Gehen auf holprigem Boden, das viele Fahren auf der Eisenbahn oder in schlecht federndem Wagen und nimmt als erste pathologisch-anatomische Ursache die venöse Hyperämie, meist entstanden durch ein Trauma oder einen häufig wiederkehrenden traumatischen Reiz oder durch eine andere Ursache an. Das konstanteste Symptom ist heftiger Schmerz gegen den digitalen Druck auf die Austrittsstelle der Nervenwurzeln aus den vorderen Sakrallöchern. Gleichzeitig schlägt Verfasser vor, die von ihm ausprobierte Methode der Befreiung vom Druck seitens des Knochenkanals auch auf die Behandlung der Trigeminusneuralgie auszudehnen.

Bei allen Fällen peripherer Gesichtslähmung, bei denen sechs Monate nach dem Auftreten keine wesentliche Besserung eingetreten ist, empfehlen Dr. Ch. Ballance, Dr. H. Ballance und Dr. Stewart ein operatives Vorgehen: Die Nervenpfropfung. Der Erfolg derselben ist meist ein besserer bei traumatischen Fällen als bei Lähmungen, die durch Eiterungen bedingt sind. Die Verfasser konnten durch Untersuchung eines kleinen exzidierten Nervenstückchens peripher von der Verletzung in jedem Falle feststellen, dass im peripheren Ende neue Nervenfasern sich gebildet hatten. Die Operation wurde meist so gemacht, dass der N. facialis am Foramen styloideum freigelegt und möglichst zentral durchschnitten wurde. Bei sechs Fällen wurde er in den Nervus accessorius, bei einem in den N. glossopharyngeus eingepflanzt. Letzterer Methode wird am meisten empfohlen, da die Rindenzentren beider Nerven nahe zusammenliegen. Pflanzt man den Facialis in den Accessorius, so erfolgen die Bewegungen der Gesichtsmuskeln assoziiert mit denen der Schulter, die Entstellung des Gesichts ist in der Ruhelage völlig ausgeglichen.

Dr. Hackenbruch (Wiesbaden) beschreibt einen Fall von Gesichtslähmung, in dem auf den Facialis ²/₃ des der Länge nach gespaltenen N. accessorius gepfropft wurden. Neun Monate nach der Operation gelang bereits willkürliches Verziehen des gelähmten Mundwinkels.

An Prof. Přibrams Klinik in Prag hat Dr. Bloch bei Fällen von Menière-schem Symptomenkomplex die Galvanisation quer durch den Schädel angewandt, wobei abwechselnd die beiden Elektroden an der Schuppe des Schläfebeins der einen und am Processus mastoideus der anderen Seite lagen. Die Stromstärke betrug 1 bis 2 M.-A., mit dem Strome wurde allmählich ein- und ausgeschlichen, und die Dauer der einzelnen Sitzung betrug 4 bis 5 Minuten. Die Prozedur wurde täglich oder jeden dritten Tag oder auch, je nach dem Erscheinen der ambulatorischen Patienten, in unregelmässigen Intervallen wiederholt. Bloch behauptet, dass diese Behandlung in allen Fällen deutlichen Nutzen gebracht hat. In zwei Fällen, und zwar gerade in den regelmässig behandelten, führte die Galvanisation auffallend rasch zur gänzlichen Beseitigung aller Menière-schen Symptome. Worin diese Wirksamkeit des galvanischen Stromes begründet ist, entzieht sich angesichts unserer mangelhaften Einsicht in das anatomische Substrat des Menière-schen Symptomenkomplexes überhaupt vorläufig noch unserer Kenntnis.

Digitized by Google

In der Société de Neurologie de Paris machte Prof. Grasset (Montpellier) eine Mitteilung über fünf Fälle schwerer organischer Erkrankung des Zentralnervensystems, welche, trotz Mangel aller Anhaltspunkte für Syphilis — weder bei den Kranken selbst, noch bei ihren Aszendenten — unter dem Einfluss einer gemischten spezifischen Behandlung rasch in Heilung übergingen.

Die eigenartige soziale Lage der arbeitende Klasse erfordert nach Dr. Auerbach (Frankfurt a. M.) einen besonderen Behandlungsplan. Autor zeichnet einen solchen in grossen Zügen für die häufigsten Leiden, die Neurasthenie, Hysterie, Epilepsie, die Basedowsche Krankheit und den nervösen Kopfschmerz. Bei der Neurasthenie ist der Genuss des Alkohols und Tabaks zu verbieten, sobald er als ätiologischer Faktor erkannt ist, sonst kann man kleine Mengen Bier gestatten. (Abends 1/4 Liter.) Die Überanstrengung resultiert wesentlich aus der Nachtarbeit, der sogenannten englischen Geschäftszeit und der Nebenbeschäftigung mit politischen Dingen. Erstere ist einzustellen, die tägliche Arbeitszeit ist durch eine mindestens einstündige Mittagspause zu unterbrechen. Die Schädlichkeit einer mit Verkürzung des Schlafes, vermehrtem Alkoholgenuss etc. einhergehenden Nebenbeschäftigung ist den Arbeitern klar zu machen. In Krankheitsfällen dieser Art soll nicht sofort die Arbeitsunfähigkeit bescheinigt werden, um nicht die Aufmerksamkeit auf den Zustand konzentrieren zu lassen. Ländliche Sanatorien als Filialen der allgemeinen Krankenhäuser sollen errichtet werden, eventuell von seiten der Invalidenversicherungsanstalten. Für die mittelschweren Fälle ist eine 1—2stündige Pause in der Tätigkeit vormittags und nachmittags anzustreben. Die periodischen Exacerbationen der Beschwerden bei von Hause aus Nervenschwachen sollten auch nicht gleich Veranlassung geben, die Arbeit einstellen zu lassen. Die Lebensweise ist in solchen Zeiten nur strenger zu regulieren, einzelne unangenehme Symptome sind speziell zu bekämpfen. Bei den kinderreichen, früh aufgebrauchten, anämischen Arbeiterfrauen ist, wenn erforderlich, eine gynäkologische Behandlung vorauszuschicken. Verfasser erhält hier die Konzeptionsverhütung bei den schweren Fällen für eine strikte Indikation. Bei Onanie oder sonstigen sexuellen Ausschweifungen sollen die Patienten in Turn- oder Rudervereine etc. eintreten, nicht aber Radfahren wegen der damit verbundenen Genitalreizung. Kurze, kalte Sitzbäder oder Waschungen vor dem Zubettgehen sind zweckmässig. Alkohol ist ganz zu vermeiden. Neurastheniker und Hysteriker infolge von Trauma sind so bald als möglich zur Wiederaufnahme der Arbeit zu veranlassen. Volksheilstätten mit Beschäftigungseinrichtungen sollen eingerichtet werden. Von wesentlicher Bedeutung ist die Regelung der Nahrungszufuhr. Bei den Formen, die mit Reizerscheinungen einhergehen (Neurasthenia cordis, Zittern, Neuralgien) ist ausser möglichster Vermeidung von Kaffee und Tee der Fleischgenuss erheblich einzuschränken oder zeitweise auch ganz zu verbieten. Weiter empfiehlt sich die Einschiebung einer längeren Ruhepause in die tägliche Arbeit. Die Schlaflosigkeit wird nach den gewöhnlichen Regeln bekämpft. Morphium ist streng zu vermeiden. Dagegen ist Opium oft von guter Wirkung bei Depressions- und Angstzuständen. Bei Neuralgien und Parästhesien an dem Rumpf und den Extremitäten sind lauwarme Bäder (25—27° R., 15—30 Min. Dauer, 3—4mal wöchentlich) mit darauffolgender 1/2—1stündiger Ruhe nützlich. Kalte Prozeduren sind zu vermeiden, namentlich bei Frauen. Eisen- und besonders Arsenpräparate werden empfohlen. Die Nährmittel sind entbehrlich. Für die Bekämpfung der Hysterie soll man sich öfter als bisher der Hypnose bedienen. Gegen Epilepsie erweist sich Brom als das zuverlässigste Mittel, auch für die möglichste Salzentziehung tritt Verfasser ein.

Die Notwendigkeit, sowie die Art und Weise der Einrichtung und Ausführung von Volksheilstätten für Nervenkranke führt eine von Dr. Determann (St. Blasien) verfasste Broschüre aus, die weite Verbreitung verdient, da sie dem unbemittelten Nervenkranken analoge Wohltaten schaffen soll, wie sie den Tuber-

Digitized by Google

kulösen durch die Errichtung von Anstalten bereits geboten werden.

Über die physikalische Therapie der funktionellen Neurosen von Dr. Heiligenthal (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 6. Bd. 11. H.). — Nervöse Zustände und ihre psychische Behandlung von Prof. Rosenbach (Berlin. Fischers Verlag. — Med. Blätter Nr. 49). — Über Diagnose und Therapie der Migräne von Dr. Karplus (Klin. ther. Wochenschr. Nr. 5 — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 3. H.). — Die Behandlung der Migräne durch die Sympathectomia cervico-thoracica von Dr. Ettinger (Spitaln. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 7). — Der Knötchen- oder Schwielenkopfschmerz und seine Behandlung von Dr. Auerbach (Volkm. Samml. Nr. 361). — Dr. Holländer über Therapie der Neurasthenie im Wiener medizinischen Doktorenkollegium (Med. Woche Nr. 15). — Die Grundsätze in der Behandlung der Neurasthenie und Hysterie von Dr. Dunin (Berlin, Hirschwalds Verlag). — DDr. Hirtz und Louss über die günstige Wirkung des Amylnitrits bei Hysterie in der Pariser Gesellschaft der Spitalärzte (Münch. med. Wochenschr. Nr. 16). — Zur Therapie sexueller Funktionsstörungen beim Manne von Dr. Buxbaum (Blätter f. klin. Hydrother. Nr. 6). — Über Rhizoma scopoliae carniolicae bei Paralysis agitans von Dr. v. Kétly (Ther. d. Gegenw. 8. H.). — Die hydriatische Behandlung der Ischias von Dr. Cathomas (Zentralbl. f. Schw. Ärzte. — Medico Nr. 23). — Zur Ischiasbehandlung von Dr. Krefft (Ther Monatsh. 6. H.). — Behandlung der Ischias von Dr. Rzad (Časop. č. lék. 1. H. — Ther. d. Gegenw. 10 H.). — Dr. Ehret über die Behandlung der Ischias mit fixen Verbänden im unterelsässischen Ärzteverein (Münch. med. Wochenschr Nr. 34). — Ischias, ihre Behandlung mittelst der Nervinsarkokleisis, Einlagerung der Nerven in Weichteile und ihre Ursache von Prof. Bardenheuer (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 67. Bd. — (Zentralbl. f. d. ges. Ther. 6. H.). — Zur Behandlung der chronischen, peripheren Facialislähmung durch Nervenpfropfung von DDr. Ch. u. H. Ballance und Dr. Stewart (Brit. med. Journ. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 29). — Dr. Hackenbruch über Behandlung der Gesichtslähmung durch Nervenpfropfung auf dem deutschen Chirurgenkongresse (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 29). — Zur Galvanotherapie des Menièreschen Symptomenkomplexes von Dr. Bloch (Prag. med. Wochenschr. Nr. 20) — Prof. Grosset über Krankheiten des Zentralnervensystems in der Société de Neurologie zu Paris (Ther. d. Gegenw. 2. H.). — Zur Behandlung der funktionellen Neurosen bei Mitgliedern von Krankenkassen von Dr. Auerbach (Berl. Klinik. — Ther. Monatsh. 9 H.). — Volksheilstätten für Nervenkranke von Dr. Determann (J. F. Bergmanns Verlag, Wiesbaden).

Netzhautablösung. Dr. Müller (Wien) ist über die Entstehung der primären Netzhautabhebung zu folgender Anschauung gelangt. Die Netzhaut wird in den Fällen von primärer Abhebung von der Aderhaut aktiv abgedrängt. Die Ursache der Abdrängung ist 1. ein entzündliches Exsudat bei Chorioiditis, 2. eine Blutung, 3. ein Transsudat, veranlasst durch a) Blutstauung in der Aderhaut, die als Vorläufer einer akut einsetzenden zirkumskripten Atrophie der Aderhaut zu betrachten ist und so wie diese mit der Dehnung der Aderhaut zusammenhängt; b) Kompression der Aderhautgefässe; c) Erkrankung des Blutes. In die Gruppe 3a gehören die Netzhautablösungen bei hochgradiger Myopie. Zur Heilung der am häufigsten vorkommenden Form der Netzhautabhebung, der sogen. genuinen der hochgradig Kurzsichtigen hat Müller ein Operationsverfahren erdacht. Das Prinzip seiner Methode besteht darin, aus der Sklera ein grosses Stück auszuschneiden, um die subretinale Flüssigkeit möglichst zu entleeren und darauf durch Vernähung der Wundränder den Bulbus möglichst zu verkleinern, damit er sich dem verringerten Glaskörpervolumen anpasse. Dadurch wird auch einerseits die Dehnung und Spannung der Chorioidea, wie sie bei hochgradiger Myopie vorliegt, beseitigt, andererseits hört auch die Dehnung und Spannung der normal sich lagernden Retina auf. Autor hat diese Operation seit dem Februar 1902 bis jetzt in sieben Fällen ausgeführt. Die Dauer der Operation betrug durchschnittlich $^3/_4$ Stunden. In den vier Fällen, über welche er näher berichtet, bestand die Ablösung der Netzhaut schon längere Zeit (1—4 Jahre). Trotzdem wurde in drei Fällen eine vollständige Wiederanlegung der Netzhaut und eine Besserung des Sehvermögens erzielt.

Dr. Suschkin-Woronesch hat folgende Behandlung in zwei Fällen von Netzhautablösung mit gutem Erfolge angewandt: Sofort Heurteloup, Pilokarpinlösung (1%) ins Auge und Druckverband. Jeden Morgen eine Spritze voll einer 1%igen Sublimatlösung intramuskulär und am Tage eine 1%ige Pilokarpinlösung subkutan. Ausserdem bekommt Patient intern dreimal täglich einen Löffel einer Jodkalilösung (12,0 : 200,0). Nach einer Woche wird der Heurteloup abermals angesetzt und in der Zwischenzeit ein Spanischfliegenpflaster im Nacken appliziert.

Digitized by Google

Ein neues Operationsverfahren der Netzhautabhebung von Dr. Müller (Münch. med. Wochenschr. Nr. 23). — Zwei erfolgreich behandelte Fälle von Netzhautablösung von Dr. Suschkin-Woronesch (Wjest. oftalm. — Russ. med. Rundschau Nr. 10).

Nierenchirurgie. Aus dem Allgemeinen Krankenhause zu Hamburg-Eppendorf geben Dr. Kümmell und Dr. Rumpel chirurgische Erfahrungen über Nierenkrankheiten unter Anwendung der neueren Untersuchungsmethoden und berichten ihre reichen Erfahrungen im Gebiet der modernen Nierenchirurgie, speziell mit Besprechung der Haupthilfsmittel, der Cystoskopie mit Harnleitersondierung, der Röntgendurchleuchtung und der funktionellen Untersuchungen (Kryoskopie). Betreffs der Harnleitersondierung wird peinlichste Aseptik betont und werden besonders die neuen Cystoskope mit herausnehmbarem optischen Apparat, die ein Auskochen gestatten, empfohlen. Auch die seidenen, auskochbaren Harnleitersonden (die in gesättigter Ammonium sulf.-Lösung gekocht werden und in sterilisierten Glaszylindern trocken aufbewahrt werden) stellen einen Fortschritt dar. Betreffs der Kryoskopie wird Theorie und Technik der betreffenden Methode besprochen und die wichtigsten Ergebnisse dargelegt, aus denen auf Funktionsstörungen der gesamten Nierentätigkeit oder auf einseitige Störung geschlossen werden kann und wichtige Anhaltspunkte für Diagnose, resp. Indikation eines operativen Eingriffes zu entnehmen sind. Bezüglich der Röntgenographie kommen die Autoren zu der Überzeugung, dass jeder Nierenstein auf einer guten Röntgenplatte sichtbar wird und gründen diese auf 18 Beobachtungen, in denen 16 mal der Stein operativ behandelt, zweimal bei der Obduktion nachgewiesen wurde.

Prof. J. Israel (Berlin) findet die Kryoskopie des Blutes für unzuverlässig. Einerseits werde eine abnorm starke Gefrierpunktserniedrigung auch durch andere Leiden, namentlich Tumoren herbeigeführt, andererseits könne eine vermehrte molekuläre Konzentration des Blutes durch gleichzeitig bestehende Hydrämie kompensiert werden, komme also im Gefrierpunkt nicht zum Ausdruck. Auch die Phloridzinmethode leiste nicht das, was sie versprochen habe. Israel greift die Casper-Richterschen Thesen von der direkten Proportion zwischen der Grösse der Zuckerausscheidung und der Menge des vorhandenen funktionsfähigen Nierenparenchyms, von der direkten Messbarkeit der Arbeitsgrösse einer Niere, sowie vom Parallelismus zwischen Gefrierpunkts- und Phloridzinresultaten an.

Prof. Casper und Dr. Richter (Berlin) bringen ihr Material bei, um zu zeigen, dass die Phloridzinmethode „im praktischen Sinne Erspriessliches für die Nierenchirurgie leiste“ und eine „treffsichere“, für die Frühdiagnose wertvolle Methode sei. Sie betonen, dass sie von 88 nach ihrer Diagnose operierten Fällen keinen einzigen Nierentod zu verzeichnen hatten. Die These von der „direkten Proportion zwischen Grösse und Zuckerausscheidung und der Menge des vorhandenen Nierenparenchyms“ modifizieren sie dahin: „Fehlen der Zuckerausscheidung nach Phloridzin beweist einen erheblichen Grad von Nierenstörung; je mehr funktionsfähiges Nierenparenchym vorhanden ist, um so grösser ist auch die Ph-Glykosurie.“

Dagegen behauptet Prof. J. Israel, „selbst wenn die Phloridzinmethode richtige Werte für das Verhältnis der Arbeitsverteilung lieferte, so sei dadurch noch keine genügende Unterlage für die Entscheidung über die Zulässigkeit einer Nephrektomie gegeben, weil diese von der absoluten Grösse und der Kompensationsfähigkeit der zurückbleibenden Niere abhängt, über welche die Phloridzinprüfung nichts auszusagen vermag.“

Prof. Barth (Danzig) sagt, dass die Kryoskopie, so wertvoll sie in Fällen doppelseitiger Nierenerkrankung auch ist, bei einseitigen Erkrankungen kaum Aufschluss über die Ausbreitung desselben geben kann, man wird hier um den Ureterenkatheterismus nicht herumkommen. Die Phloridzinprobe an sich ist ebenfalls nicht im stande, einen Schluss über die Ausbreitung der Krankheit resp. der Zerstörung einer Niere zu geben, dagegen kann sie eine wertvolle Ergänzung zu der Gefrierpunktsbestimmung sein. Eine verfeinerte Diagnosestellung muss man

Digitized by Google

der funktionellen Nierendiagnostik aber auf alle Fälle zusprechen und sie zeigt ihren enormen Wert in solchen Fällen, die man früher sicher nephrotomiert hätte, heute aber durch den beruhigenden Befund der funktionellen Diagnostik unoperiert ausheilen sieht.

Die Gefrierpunktsbestimmung wird diagnostisch ergänzt durch die elektrische Leitungsfähigkeit, wie Dr. Löwenhardt (Breslau) gefunden hat, da dieselbe mit ihr parallel geht.

Dr. Edebohls operierte zum ersten Male 1898 an einem 20jährigen Mädchen, das an chronischer Brightscher Krankheit litt. Beide Nieren wurden ihrer Kapsel beraubt und fixiert. Die Operierte ist jetzt ganz gesund, hat geheiratet und ist im 5. Monat schwanger. Die Operation des Entkapselns kann sehr schwierig sein, wenn die 12. Rippe sehr lang und schräg ist und wenn die Niere hoch oben fest und wenig beweglich liegt. In diesem Falle muss man zuweilen die Kapsel in situ abstreifen; dies geschieht am besten mit dem in einem Gummihandschuh steckenden Zeigefinger. Schliesslich kann auch die Kapsel der Niere so fest anliegen, dass sie nur mit der grössten Mühe zu entfernen ist. Verfasser hat im ganzen 51 Fälle operiert, bei 47 Kranken wurden beide Nieren in einer Sitzung entkapselt, bei 4 Fällen wurde nur eine Niere operiert. 7 Kranke starben in den ersten 17 Tagen nach der Operation; 7 starben 2 Monate bis 8 Jahre (im Durchschnitt 20 Monate) nach der Operation. 2 zeigen keinerlei Besserung, 22 befinden sich in verschiedenen Stadien der Besserung (2 bis 15 Monate nach der Operation). 1 Kranke, die 4 Jahre völlig geheilt war, leidet jetzt wieder an chronischer Brightscher Krankheit, bei ihr war nur die eine Niere entkapselt worden. 9 Kranke sind völlig geheilt seit 21 Monaten bis 10 Jahren nach der Operation (im Durchschnitt nicht über 4 Jahre). 3 Kranke haben sich der Beobachtung entzogen.

Dr. Johnson hat an Hunden zahlreiche Versuche mit Entkapselung der Niere gemacht und teilt die gefundenen Resultate mit; ferner bespricht er die Erfolge der von Edebohls ausgeführten Operationen wegen chronischer Brightscher Nierenkrankheit und spricht sich sehr skeptisch über dieselben aus. Einerseits hat Edebohls viele Fälle von Wandernieren operiert, bei denen Brightsche Krankheit nicht vorlag, ferner spricht er vom einseitigen Vorkommen dieser Krankheit, was auch unbewiesen ist; dann sind die mikroskopischen Untersuchungen der von Edebohls bei der Entkapselung entfernten Nierenstückchen ganz unbeweisend und schliesslich ist noch kein Fall für längere Zeit geheilt. Dass eine etwaige Heilung durch Besserung der Zirkulation (Neuformung von Blutgefässen, die mit denen der Niere anastomosieren) zu stande kommt, wie es Edebohls behauptet, hält Johnson nach seinen Versuchen für völlig ausgeschlossen.

Dr. Stern (Düsseldorf) hat in einem Fall von achttägiger Anurie mit der Diagnose Steinniere eine Nephrotomie gemacht, fand nur chronische Nephritis, hat aber nach zwei Stunden bereits reichliche Urinmengen erzielt. Der Fall ging zu grunde und bei der Sektion fand sich beiderseits chronische Nephritis. In einem Fall, den er nach Edebohls mit Entkapselung behandelt hat, konnte er keinen Erfolg erreichen. In einem Fall von Nephralgie, den er nach Israels Vorgehen mit Spaltung der enorm gespannten Kapsel behandelte, erzielte er vollen Erfolg, ebenso in einem Falle von Hämaturie ohne Stein durch Spaltung. Auch hier konnte er die Beobachtungen Israels vollkommen bestätigen.

Zur Klärung der Frage, wann und wie die chronischen Nephritiden (Tuberkulose ausgenommen) operiert werden müssen, teilt Prof. Rovsing (Kopenhagen) 17 eigene Fälle mit, an denen er eine Operation vorgenommen hat. Rovsing teilt seine Fälle 1. in aseptische und 2. in infektiöse Nephritiden. Zur ersten Gruppe gehören neun seiner operierten Fälle, zu der zweiten acht. Allgemeine Schlüsse aus seinem Material ziehend, hebt Verfasser hervor, dass sich überall da, wo Schmerzen auftreten, gleichviel, um welche Form von Nephritis es sich handelte, die Membrana propria infolge von Druck oder Spannungen angegriffen zeigte. Diese konnten von einer

Digitized by Google

subkapsulären Ansammlung einer Flüssigkeit herrühren oder aber — was bei weitem häufiger der Fall war — von den perirenalen, entzündungsartigen Bindegewebsmassen, die, mit der Membrana propria fest verwachsen, einerseits an dieser bei jeder Bewegung ein Ziehen bewirken und sie andererseits durch ihre Schrumpfung fest gegen die Niere klemmen mussten, während diese wiederum einen Gegendruck auf die Membrana propria ausübte. Damit ist die Tatsache in Einklang zu bringen, dass jeder operative Eingriff, der nur den Druck aufhebt und die subkapsuläre Ansammlung oder die perirenalen Adhärenzen entfernt, den Patienten von seinen Schmerzen befreit. Zu diesem Zwecke ist demnach die einfache Nephrolysis hinreichend. Eine weitere Spaltung des Nierengewebes in aseptischen Fällen hält Verfasser für nutzlos und gefahrbringend. Dagegen ist die Spaltung der Niere bei bedenklichen Hämaturien, deren Ursache unbekannt ist, zu diagnostischen Zwecken genügend indiziert, um der weit grösseren Gefahr entgegenzutreten, welche eine an irgend einer Stelle vorhandene maligne Neubildung in sich birgt. Bei Besprechung der zweiten Gruppe, der infektiösen Nephritiden betont Rovsing: 1. dass es einseitige chronische Nephritiden von infektiöser Natur gibt; 2. dass die einseitige infektiöse Nephritis auf einen mehr oder weniger grossen Teil der Niere lokalisiert sein kann; 3. dass es doppelseitige, aber partielle infektiöse Nephritiden gibt; 4. dass diese sowohl klinisch als pathologisch-anatomisch grosse Ähnlichkeit mit den aseptischen, dem internen Pathologen wohlbekannten Nephritiden (grosse weisse Niere, Schrumpfniere etc.) haben können. Mit Rücksicht auf die hier in Betracht kommenden chirurgischen Eingriffe sehen wir: 1. dass die Nephrolyse hier sowohl, als bei aseptischen Nephritiden, die mit Perinephritis verbunden sind, eine ausgezeichnete Wirkung hat, dass sie die Schmerzen vollständig hebt und der Niere günstige Bedingungen für die Reparation der Entzündungsprozesse gibt; 2. die Nierenspaltung ist unzweifelhaft indiziert in gewissen Fällen, wenn es die Öffnung und Drainage von abszedierten oder entzündeten Partien der Niere gilt; 3. die Resektion der kranken Partie bei lokalen Nephritiden kann Heilung herbeiführen und den Infektionsstoff ganz von der Niere entfernen; 4. die Nephrektomie kann bei einer einseitigen totalen Nephritis, um das Leben des Patienten zu retten, notwendig sein.

Prof. Maragliano sucht eine Kasuistik der gesamten Fälle von Nephrotomie zu geben, welche von den Chirurgen verschiedener Länder ausgeführt wurden zur Beseitigung von Nierenschmerzen mit Blutungen, von Nierenentzündungen akuter und chronischer Art und in Fällen von Anurie. Er erwähnt namentlich auch einige charakteristische Fälle aus der Nierenchirurgie von Giordano. An einer exakten Indikationsstellung zur Operation fehlt es bisher noch in den meisten Fällen. Die Indikation erscheint dann gegeben, wenn nach längerer Dauer innere Medikation erfolglos bleibt. Eine Ausnahme macht nach allgemeiner Anschauung namentlich auch innerer Kliniker eine bedrohliche Anurie.

Bei der Heilung von Ureterenscheidenfisteln etc. durch Implantation des Ureters in die Blase bediente man sich bisher der Laparotomie zum Zweck der Aufsuchung, Durchtrennung und Auflösung des Ureters. Es handelt sich hierbei um transperitoneale Methoden. Prof. J. Israel (Berlin) hat nun in einigen Fällen die Implantation des Ureters in die Blase auf extraperitonealem Wege, also ohne jede Peritoneal-Verletzung, vorgenommen. Die Operation zerfällt in vier Akte: 1. Schichtweise Durchtrennung der Bauchdecken durch einen lumbo-inguinalen Schnitt bis auf das Peritoneum, 2. Aufsuchung und Freilegung des Ureters durch stumpfe Ablösung der Umschlagstelle des Bauchfells von der hinteren Beckenwand, 3. Verfolgen des Ureters bis zu seiner Fistelinsertion, wo er zwischen einer distalen Ligatur und einer renalwärts angelegten Klemmzange durchschnitten wird, 4. Implantation des Ureters in die Blase. Verfasser gibt genaue Anweisungen über den Hautschnitt, alsdann über das Aufsuchen des Ureters. Hat man diesen gefunden, abgebunden

Digitized by Google

und isoliert, so folgt die Einpflanzung in den extraperitonealen Abschnitt der Blase. Dies geschieht in der Weise, dass man den Ureter nach Spaltung seiner oberen Wand in 5 mm Länge mit der Schnittlänge der Blase so vereinigt, dass die Schnittränder exakt durch paramuköse und muskuläre Suturen vernäht werden. Wenn möglich, kann man zu den Seiten des Ureters zwei Blasenwandfalten erheben, die miteinander und dem Ureter vernäht werden.

Chirurgische Erfahrungen über Nierenkrankheiten unter Anwendung der neueren Untersuchungsmethoden von DDr. Kümmell und Rumpel (Beitr. z. klin. Chir. 37. Bd. 3. H. — Münch. med Wochenschr. Nr. 19). — Über funktionelle Nierendiagnostik von Prof. Israel (Mitt. a. d. Grenzgeb. 11. Bd. 2. H. — Münch med. Wochenschr Nr. 18). Über die Leistungsfähigkeit der Phloridzinmethode von Prof. Israel (Ebendaselbst. — Ebendaselbst). — Was leistet die funktionelle Nierendiagnostik? von DDr. Casper und Richter (Ebendaselbst. — Ebendaselbst). — Prof. Barth über funktionelle Nierendiagnostik auf dem deutschen Chirurgenkongresse (Münch. med. Wochenschr. Nr. 25). — Dr. Löwenhardt über elektrische Leitungsfähigkeit und funktionelle Nierendiagnostik ebendaselbst (Ebendaselbst). — Die Entkapselung der Niere zur Heilung der chronischen Nierenentzündung von Dr. Edebohls (Med. Press. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 27). — Über die Entkapselung der Nieren von Dr. Johnson (Ann. of Surg. — Münch med. Wochenschr. Nr. 27). — Dr. Stern über die chirurgische Behandlung chronischer Nephritis auf der Naturforscherversammlung zu Kassel (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 41). — Wann und wie müssen die chronischen Nephritiden (Tuberkulose ausgenommen) operiert werden? von Prof Rovsing (Mitteil. a. d. Grenzgeb. 10. Bd. 3. u. 4. H.). — Über chirurgische Eingriffe bei Nierenaffektionen von Prof. Maragliano (Gazz. d. osped. Nr. 50. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 31). — Beiträge zur Chirurgie des Harnleiters von Prof. Israel (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 1).

Nierenkrankheiten. Bei der bisherigen Benutzung der Harnkryoskopie im Dienste doppelseitiger und auch einseitiger Nierenerkrankungen hat das Moment der Nahrungszufuhr zu wenig Berücksichtigung gefunden und es ist dadurch die klinisch-diagnostische Brauchbarkeit der gewonnenen Resultate in vielen Fällen ausserordentlich in Frage gestellt worden. Um diesem Übelstande abzuhelfen, hat Prof. Strauss (Berlin) eine Reihe von Untersuchungen nach dem Prinzip und Schema der alimentären Glykosurie in der Weise angestellt, dass er „Probelösungen" von 500 ccm Wasser, 10 g Kochsalz + 500 ccm Wasser, 50 g Gluton + 500 ccm Wasser an drei aufeinander folgenden Tagen auf nüchternem Magen verabreichte, nachdem die betreffenden Versuchspersonen am Abend vorher ½ l ungesalzene Milchsuppe genommen hatten und im Laufe des Abends sowie Morgens vor Beginn des Versuchs ihre Blase entleert hatten. Nach Zufuhr der „Probelösung" blieb die betreffende Versuchsperson 5 Stunden im Bett, liess stündlich Urin und es wurde an den einzelnen Urinportionen die Urinmenge, die Gefrierpunktserniedrigung und der Kochsalzgehalt des Urins bestimmt; ausser der Urinmenge und der Gefrierpunktserniedrigung wurde ferner für die einzelnen Stunden der „Valenzwert" (= Gefrierpunktserniedrigung × Urinmenge) berechnet. Ferner wurde auf Grund der festgestellten Kochsalzwerte auch die Menge der Chloride und Achloride bestimmt. Ausser den für die Stundenportionen erhaltenen Werten wurde durch Addition der in den fünf Stunden erhaltenen Einzelwerte die Grösse der „Gesamtleistung" der Niere und die Grösse der „Nierenreaktion", d. h. der Akkommodationsfähigkeit der Niere an das zugeführte Material berechnet. Bei den Versuchen, die im Original genauer einzusehen sind, ergab sich nun ein innerhalb gewisser Grenzen bei Gesunden charakteristisches Verhalten sowohl für die „Gesamtleistung" als für die „Nierenreaktion", welch letztere bei dem „Wasserversuch" in Form einer Verdünnung des Urins 2—4 Stunden post ingestionem zutage trat, während bei dem Kochsalzversuch um dieselbe Zeit eine Verdichtung zu konstatieren war. Bei den Gluton-Versuchen war je nach dem Verhalten der Kochsalzretention der Diurese die „Nierenreaktion" nicht ganz gleichartig. Da sich bei den an zahlreichen Nierenkranken ausgeführten Versuchen herausgestellt hat, dass in all den Fällen, in welchen der Ausfall des „Wasserversuchs" eine Abweichung vom normalen Verhalten zeigte, auch der „Kochsalz-" und „Glutonversuch" durchaus entsprechende Änderungen erkennen liessen, so hält Verfasser auf Grund dieser Feststellung für diagnostische Zwecke den

Digitized by Google

Wasserversuch für ausreichend. Wenn die hier beschriebene Versuchsanordnung vom streng wissenschaftlichen Standpunkt aus auch noch gewisse Mängel besitzt, so muss sie bei der Unmöglichkeit, die Diät stets so einzurichten, dass ein stets gleichgearteter Probeurin bei den einzelnen Personen zu erreichen ist, doch unter den derzeit vorhandenen Versuchsanordnungen als die beste bezeichnet werden, ein Vorzug, den sie auch wegen ihrer umfassenden Fragestellung und der Einfachheit ihrer Ausführbarkeit besitzt. Bei Benutzung des „Wasserversuchs" trat bei Fällen von renaler Kompensationsstörung nicht nur eine Herabsetzung der „Gesamtleistung", d. h. der Grösse sämtlicher Valenzwerte, sondern auch eine deutliche Herabsetzung oder ein Fehlen der „Nierenreaktion" ein, d. h. es blieb die Verdünnung in der zweiten bis vierten Stunde post ingestionem aus. Auf der anderen Seite zeigten die vom Verfasser ausgeführten Versuche, dass bei Fällen von Schrumpfniere, aber auch bei Fällen von sogenannter chronisch-parenchymatöser Nephritis oder von Übergangsformen eine sogenannte „kompensatorische Polyhydrurie" vorkommt, die den Zweck hat, bei Defekten in der Leistungsfähigkeit des Epithels das Gelingen der Blutreinigung zu erleichtern. Da Verfasser auch bei Pyelitis eine solche „kompensatorische Polyhydrurie" beobachtet hat, die nach Versuchen von Pfaundler und Steyrer auch einseitig also nephrogen beobachtet werden kann, so äussert Verfasser Bedenken gegen die Zulässigkeit der bisher in der chirurgischen Nierendiagnostik geübten Methode, die in Prozenten ausgedrückten Werte für die Gefrierpunktserniedrigung und auch für sonstige Eigenschaften des Urins zum Gegenstand einer diagnostischen Betrachtung zu machen. Die Untersuchungen des Verfassers besitzen gerade mit Rücksicht auf die in seiner Arbeit geäusserten Anschauungen über die kompensatorische Bedeutung der Polyhydrurie und über die Bedeutung der Kochsalzretention für die Entstehung von Ödemen nicht eines therapeutischen Interesses. Bezüglich des Kochsalzes weist Verfasser schon in dieser Arbeit darauf hin, dass man bei gewissen Formen von Nephritis mit der Zufuhr des Kochsalzes sparsam vorgehen soll.

In einer anderen Arbeit gibt derselbe Autor die Resultate seiner Untersuchungen kund, die die Annahme bestätigen, dass Hydropsien der Nephritiker — nicht die kardialen Hydropsien bei solchen Kranken — nicht bloss mit einer Kochsalzretention einhergehen, sondern auch höchstwahrscheinlich mit dieser in ursächlichem Zusammenhang stehen und dass die letztere selbst renalen Ursprungs ist. Für das Zustandekommen der renalen Kochsalzretention dürften ausser Zirkulationsstörungen auch Störungen am Epithelapparat von Bedeutung sein. Für die Therapie der nephritischen Hydropsien ergibt sich daraus die Forderung einer Einschränkung der Kochsalzzufuhr und einer Vermehrung der Kochsalzausfuhr. Die erste Forderung wird am besten durch eine kochsalzarme Diät erfüllt. Hier ist die Milch, wenn auch nicht als ausschliessliche Milchdiät, von Bedeutung. Der zweiten Forderung, Anregung der Kochsalzausscheidung, wird durch solche Diuretika entsprochen, welche ausser Wasserabgabe noch in besonderem Grade die Kochsalzausscheidung zu steigern vermögen. Dies sind zunächst die Herztonika, welche durch Erhöhung der Zirkulationsgeschwindigkeit in den Nierengefässen nicht nur die Wasserabscheidung, sondern speziell die Kochsalzausscheidung erhöhen. Unter den Diureticis in engerem Sinne scheinen die Koffeinpräparate, namentlich Theocin, besonders befähigt, die Kochsalzausfuhr zu verstärken. Es empfiehlt sich also, in der Behandlung der Nephritiker eine Kontrolle des Kochsalzstoffwechsels, auch bei Kranken, welche noch keine hydropischen Symptome zeigen, aus dem Grunde, weil eine Zeitlang die Kochsalzretention durch Ablagerung des Salzes und des zugehörigen Wassers in den Geweben ohne Ödeme möglich ist. Für die Praxis empfiehlt Verfasser die approximative Methode der Kochsalzbestimmung von Achard und Thomas, welche innerhalb weniger Minuten auch von Ungeübten ausgeführt werden kann. Besonders ist darauf zu achten, ob das Verhältnis der

Digitized by Google

prozentualen und absoluten Werte des Harnkochsalzes zur Kochsalzzufuhr ein auffallend niedriges sei, und ob die Kochsalzwerte an verschiedenen Tagen, trotz eventueller Änderung der Urinmenge und der Zufuhr, auffallend gleich bleiben.

Untersuchungen über den Einfluss vermehrter und verminderter Flüssigkeitszufuhr auf die Funktion erkrankter Nieren, die Dr. Mohr und Dr. Dapper anstellten, gaben folgende Resultate. 1. Sowohl bei akuter wie chronischer Nephritis ist bei mässiger Wasserbeschränkung (bis zu 1½ Liter) das Verhältnis zwischen Wasserausscheidung und Wasseraufnahme oft günstiger, als bei reichlichem Trinken und es gelingt dann durch die Wasserbeschränkung Ödeme zu beseitigen. 2. Der allgemeine günstige Einfluss der Wasserbeschränkung ist bei Nephritikern häufig ebenso deutlich, wie bei Herzkranken. 3. Sowohl bei der akuten Nephritis wie bei Schrumpfniere wird durch mässige Wasserbeschränkung (bis zu ca. 1500 ccm, abgesehen von dem in festen Speisen enthaltenen Wasser) die Elimination der Stickstoffsubstanzen und der Phosphorsäure nicht wesentlich beeinträchtigt. Bei starker Wasserbeschränkung (ca. 1250 ccm und darunter) leidet die Ausscheidung dieser Substanzen. Muss man aus anderen Gründen, z. B. mit Rücksicht auf die Ödeme, oder namentlich auf das Herz, vorübergehend die Wasserbeschränkung soweit treiben, so empfiehlt es sich, einzelne Trinktage mit starker Wasserzufuhr einzuschalten, wodurch man eine erhebliche Ausschwemmung etwa vorhandenen rückständigen Materials erzielt. Diese Ausschwemmung tritt natürlich nicht ein, wenn die Nieren nicht mehr genügend leistungsfähig sind, oder wenn kein harnfähiges Material sich im Körper aufgestaut hat. 4. Die Albuminurie steigt in der Regel bei chronischer Schrumpfniere infolge der Wasserbeschränkung etwas an. Die Verfasser haben aber die Beobachtung gemacht, dass bei längerer Fortsetzung der gleichen Behandlungsmethode die Albuminurie allmählich wieder sinkt. Bei den etwas späteren Stadien der akuten Nephritis ist der steigernde Einfluss der Wasserbeschränkung auf die Albuminurie weniger deutlich. 5. Über die mit starken Ödemen einhergehenden Fälle von sogenannter parenchymatöser Nephritis sind die Beobachtungen der Verfasser noch nicht abgeschlossen.

In der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden berichtete Dr. Kolb über Blutdruckuntersuchungen bei Sublimatnephritis. Der Hauptwert seiner Beobachtungen liegt 1. in der unzweifelhaft bewiesenen Tatsache, dass schon wenige Stunden nach dem Einsetzen einer akuten Nephritis eine Erhöhung des Blutdruckes bis zu maximalen Werten eintreten kann. 2. Ist es von Interesse, dass unter dem Einfluss der Schwitzbäder ein starkes Absinken des Blutdruckes, das gewiss nicht durch Herzschwäche bedingt wird, erzielt werden kann. 3. Ganz entsprechend der Besserung der nephritischen Veränderungen, der steigenden Harnmenge, der Abnahme des Eiweisses bis auf Spuren, dem Schwinden der Zylinder im Sedimente kann eine rasche Abnahme des Blutdruckes eintreten.

Das Wesen der Schrumpfniere ist nach Dr. Edel (Würzburg) in einer Anomalie des Gefässsystems zu suchen, deren Hauptfaktor eine abnorme Verengerung im Bereich des Gefässsystems ist (bei mehr oder minder starker Mitbeteiligung einer relativ unzureichenden Herztätigkeit), die einerseits eine andauernd ungenügende Ernährung der Niere zur Folge hat und ebenso, wie das bei anderen Zirkulationsstörungen, nämlich allgemeiner Arteriosklerose und Stauung bekanntlich möglich ist, zur Schrumpfung in der Niere führt, andererseits dem Herzen eine ungewöhnliche und gefahrbringende Leistung zumutet. Dieser Anschauung folgend, würde die Schrumpfniere in den meisten Fällen Folge einer sich durch abnorme Kontraktion von Gefässen äussernden Neurose sein. Ausser den bekannten ätiologischen Momenten, wie Gicht, Alkoholismus, chronische Bleivergiftung, Arteriosklerose etc., von denen die letzteren drei gewiss nicht gegen die Annahme der ursächlichen Bedeutung von Herz und Gefässsystem sprechen, glaubt Autor, dass die Neurasthenie, die grossen Aufregungen im Berufe des Mannes etc. ein

Digitized by Google

hervorragendes ursächliches Moment bei Entstehung der Schrumpfniere sind durch Begünstigung jener Anomalie der Gefässe. Ausserdem scheint ihm eine gewisse Disposition durch Fettleibigkeit infolge übermässiger Belastung des Herzens gegeben. Demnach wären Hauptziele der Behandlung Kräftigung des Herzens und die Herabsetzung des Blutdruckes, resp. die Erweiterung des Gefässsystems, die je nach Lage des Falles durch Bäder, Klima, in schweren Fällen durch Zuhilfenahme des Bettes anzustreben ist, zu deren Erreichung er aber den grössten Nutzen in einer entsprechenden Muskelübung sieht. Ein hochwichtiger, unter keinen Umständen zu vernachlässigender Faktor in der Behandlung ist ferner die eingehende Berücksichtigung der Nervosität. Ein dem Falle entsprechendes Mass geeigneter Muskelübung und ein Leben, das möglichst alle Schäden unserer Kultur vermeidet, hält Autor für hervorragende Mittel in der Prophylaxe und Therapie der Schrumpfniere.

Entgegen den bisherigen therapeutischen Anschauungen empfiehlt Dr. Stembo (Wilna) zur Heilung der akuten Nephritis die Applikation von Eis auf die Nierengegend. Auf diese Weise wird eine Herabsetzung der Blutzufuhr und Entspannung im Innern der Niere herbeigeführt, also dasselbe Ziel erreicht, was die Chirurgen bei chronischen Nephritiden und anderen Nierenleiden durch die Nieren-, bezw. Kapselspaltung zu erreichen suchen. Die Anwendung von Eis kürzt die Krankheitsdauer in bemerkenswerter Weise ab, und Blut wie Eiweiss schwinden sehr bald aus dem Urin. Das Behandlungsverfahren führte ohne Bäder oder sonstige Massnahmen nicht nur bei akuten Nierenentzündungen in kurzer Zeit zur Heilung, sondern erwies sich auch bei akut gewordenen chronischen Nephritiden als recht günstig. Die Applikation des Eises ist eine sehr einfache. Es wird eine längliche biskuitförmige Blase, die mit kleinen Eisstücken gefüllt ist, auf die Gegend beider Nieren aufgelegt und durch eine Binde befestigt. Der Kranke wird womöglich auf eine Seite gelegt. Will der Kranke sich auf den Rücken legen, so muss er durch Kissen unterstützt werden, damit die Eisblase nicht auf den Rücken drückt. Nach 2—3stündigem Liegenlassen wird die Blase auf eine Stunde entfernt und dann wieder aufgelegt. Bei sehr empfindlichen Patienten kann man zwischen Körper und Eisblase eine einfache oder doppelte Leinwand oder Flanellschicht legen. Die Eisanwendung ist bis zum Schwinden der letzten Eiweissspuren fortzusetzen.

Prof. Pel (Amsterdam) schliesst aus experimentellen Untersuchungen, dass mässige Mengen unserer gewöhnlichen Nahrungsmittel (Brot, Kartoffeln, Kolonialwaren, Fleisch, Fisch, Eier, Fett, Gemüse, Früchte) für chronisch Nierenkranke nicht schädlich sind. Massgebend auch für die Ernährung Nierenkranker soll der allgemeine Grundsatz sein, dass über dem erkrankten Organ der kranke Mensch steht. Der Arzt soll bei seinen Verordnungen ein offenes Auge haben für individuelle Reaktion, Neigung und Lust der Kranken, er soll besonders die gute Gemütsstimmung desselben erhalten, und wenn es nötig ist, dadurch erhöhen, dass es ihn so wenig wie möglich durch beschränkende Vorschriften, die täglich wiederkehren, an seine Krankheit oder Invalidität erinnert. Jedenfalls soll sich der Nierenkranke von gemischter Kost ernähren und nur Stoffe vermeiden, welche eine schädliche Wirkung auf die kranken Nieren oder andere Organe ausüben könnten oder wofür er besonders empfindlich ist. So muss er ausserordentlich vorsichtig sein im Genuss von Alkoholicis, Wild mit haut goût, scharfem Käse, reizenden Gewürzen oder lieber diese Stoffe ganz vermeiden. Vor allem soll er beim Essen sehr mässig sein und sich vor Verdauungsstörungen hüten. Milch ist in jedem Fall ein ausgezeichnetes Nahrungsmittel für Nierenkranke, doch ist vor zu grossen Mengen zu warnen; namentlich bei Schrumpfniere kann dadurch das Herz überlastet werden. 1—1½ Liter täglich sollten genügen. Es empfiehlt sich die Darreichung mit Mehlspeisen als Suppe oder Brei, sowie die Zufügung von Tee, Kaffee, Schokolade. Buttermilch ist besonders in der warmen Jahreszeit eine köstliche Abwechslung. Allein bei den Kranken mit akuter Ne-

Digitized by Google

phritis im ersten Stadium der Krankheit oder bei den perakuten Exacerbationen der chronischen Nephritis empfiehlt Pel in den ersten Tagen den beinahe ausschliesslichen Gebrauch von Milch und Milchspeisen in mässiger Menge.

Die Frage der Fleischkost bei Nierenerkrankungen studierte Dr. Offer (Wien) und trachtete durch exakte Versuche zu beweisen, dass die Ansicht jener, welche für eine prinzipielle Unterscheidung zwischen hellem und dunklem Fleisch eingetreten sind, eine irrige ist, so sehr sich dieselben auch auf den Erfahrungsstandpunkt stellen.

Nach Prof. Klemperers Erfahrungen muss die diätetische Prophylaxe bei Phosphatsteinen vor allem auf eine Verbesserung der meist gestörten Gesundheit des allgemeinen Nervensystems bedacht sein. Wenn sich spezielle Störungen in der Funktion der Verdauungsorgane zeigen, so muss man diese abzustellen versuchen. Im allgemeinen wird sich eine gemischte Diät von Fleisch-, Mehl-, Milch- und Eierspeisen empfehlen. Vollkommene Enthaltung von vegetarischer Kost ist durchaus nicht anzustreben, denn erfahrungsgemäss wird die erhoffte Wirkung auf die Harnbeschaffenheit dadurch nicht erzielt. Zu vermeiden ist nur ein Übermass von Gemüse und Obst, ebenso wie Fruchtsäfte und natürlich auch alkalische Wässer. Die hier besonders notwendige Indikation der reichlichen Diuresis wird durch klares Wasser erfüllt, am besten mit einem reichlichen Gehalt von Kohlensäure, da dieselbe nach neueren Untersuchungen in relativ grossen Mengen in den Urin übertritt und dadurch zur Mehrung der sauren Moleküle also zur Lösung der Phosphate beiträgt. Alle natürlichen Sauerbrunnen und Säuerlinge sind hier zu reichlichem Getränk zu empfehlen.

Ein gutes Kochbuch für Nierensteinkranke liefert, weil auf ärztlichen Anordnungen und langjährigen eigenen Erfahrungen beruhend, Frau Luise Sick. Aus demselben wird manche Hausfrau und Pflegerin im gegebenen Falle Nutzen ziehen.

Die Harnkryoskopie in der Diagnostik doppelseitiger Nierenerkrankungen von Prof. Strauss (Zeitschr. f. klin. Med. 47. Bd. 5. u. 6. H.). — Zur Behandlung und Verhütung der Nierenwassersucht von Prof. Strauss (Ther. d. Gegenw. 5. H. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 6. H.). — Über den Einfluss vermehrter und verminderter Flüssigkeitszufuhr auf die Funktion erkrankter Nieren von DDr. Mohr und Dapper (Zeitschr. f. klin. Med. 50. Bd. 5. u. 6. H.). — Dr. Kolb über Blutdruckuntersuchungen bei Sublimatnephritis in der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden (Münch. med. Wochenschr. Nr. 13). — Über Wesen und Ätiologie der Schrumpfniere und ihre erfolgversprechende Behandlung von Dr. Edel (Münch. med. Wochenschr. Nr. 43). — Über die Behandlung der akuten Nierenentzündung mit Eis von Dr. Stembo (Ther. d. Gegenw. 11. H. — Medico Nr. 46). — Die Ernährung unserer Nierenkranken von Prof. Pel (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 7. Bd. 1. H. — Ther. d. Gegenw. 5. H.). — Die Frage der Fleischkost bei Nierenerkrankungen von Dr. Offer (Zentralbl. f. d. ges. Ther. 9. u. 10. H.). — Die Behandlung der Nierensteinkrankheit von Prof. Klemperer (Ther. d. Gegenw. 9. H.). — Kochbuch für Nierensteinkranke von Luise Sick (Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann).

O.

Ösophaguskrankheiten. In der Gesellschaft der Ärzte zu Wien betonte Dr. Teleky die Häufigkeit die Laugenverätzung der Speiseröhre in Wien. Das gehäufte Auftreten der Laugenverätzungen fällt mit dem Entstehen der chemischen Grossindustrie zusammen, erst viel später nahmen dieselben auch in anderen Städten zu. Während früher meist Kalilauge genommen wurde, ist jetzt Natronlauge beliebter. 1892—1899 wurden in den Wiener Spitälern 351 Selbstmordversuche mit Lauge (78 Todesfälle) und 107 zufällige Verätzungen (mit 13 Todesfällen) behandelt, ausserdem von 1894-1899 in den Wiener Kinderspitälern 50 Laugenverätzungen (11 Todesfälle); dass die Verletzungen so schwere sind, findet seine Erklärung in der hohen Konzentration der im Wiener Kleinhandel gebräuchlichen Laugen. Die diesbezüglichen Vorschriften erklärt Teleky für durchaus

Digitized by Google

ungenügend. Er empfiehlt, den Kleinhandel höher konzentrierter Laugen zu verbieten, ferner Bestimmungen zu treffen, dass Laugenessenzen nur in etikettierten Gefässen von bestimmter Form verkauft werden und alle in den Kleinhandel kommenden Laugen blau gefärbt werden sollen. In bezug auf die klinischen Erscheinungen sagt Teleky, dass heutzutage, in der Grossstadt wenigstens, kaum mehr ein Fall an Inanition zu grunde geht. Die Hauptgefahren sind die Mediastinitis, die periösophageale Phlegmone und der periösophageale Abszess. Mit der methodischen Bougierung solle man erst 2—3 Monate nach der Verätzung beginnen. Die vom Vortragenden vor Jahren begonnenen Versuche, Ösophagusstrikturen mit Thiosinamin zu behandeln, hat er fortgesetzt und in vier Fällen damit Erfolge erzielt. Die Bougierung solle eingeschränkt werden. Zuerst versuche man Thiosinamin, wenn dies misslingt, mache man die Gastrotomie.

Eine Radikaloperation des Ösophaguskarzinoms kommt nach Dr. Lindner (Dresden) nur dann in Frage, wenn es an dem Halsteil des Organs und auch nur dann, wenn es so gelegen ist, dass man sein unteres Ende erreichen kann; diese Fälle sind sehr selten. Verfasser hat unter den zahlreichen Fällen von Ösophaguskarzinom, welche er beobachtet hat, nur drei gehabt, bei welchen er vom Halse aus operativ vorgehen konnte. In keinem dieser drei Fälle wurde ein Erfolg erzielt, die Patienten erlagen bald der Operation. Andere Autoren haben in einzelnen Fällen bessere Erfolge erzielt, aber länger als zwei Jahre überlebte kein Patient die Operation. Aus alledem geht hervor, dass die direkte Entfernung der Neubildung beim Ösophaguskarzinom nur ausnahmsweise in Frage kommt; meist wird es sich darum handeln, durch einen chirurgischen Eingriff den Patienten für längere Zeit wenigstens die Nahrungsaufnahme zu ermöglichen, und zwar durch Anlegung einer Ernährungsfistel am Magen, durch die sogenannte Gastrostomie. Lindner hat seit einer Reihe von Jahren die Gastrostomie fast stets nach Witzels Methode ausgeführt, aber nicht von einem Schräg-schnitt aus, sondern unter Benutzung eines Längsschnittes im linken Musculus rectus; die Resultate waren sehr befriedigend. Freilich sind die Dauerresultate keine glänzenden, nur wenige Operierte überleben das erste Halbjahr, nur ganz vereinzelte das zweite Jahr. Was nun die gutartigen, meist durch Verätzung entstandenen Stenosen der Speiseröhre anlangt, so sind sie viel seltener Objekt chirurgischer Eingriffe, weil es bei ihnen sehr häufig gelingt, durch unblutige Dehnung ein günstiges Ergebnis zu erzielen. Ferner führen Divertikel in manchen Fällen zum Verschluss der Speiseröhre und machen dadurch die Nahrungsaufnahme unmöglich. Bei den tiefsitzenden Divertikeln leistet die nicht chirurgische Therapie ebenfalls Befriedigendes, besonders dank den Fortschritten der Ösophagoskopie, so dass die Gastrostomie jetzt nur ausnahmsweise in Frage kommt; dagegen ist bei den hochsitzenden Divertikeln, besonders den vom Pharynx ausgehenden, die Exstirpation anzuraten, welche bisher 15mal mit vier Todesfällen ausgeführt worden ist. Eine akute Verengerung der Speiseröhre kann auch durch Einkeilung verschluckter Fremdkörper herbeigeführt werden. Auch in der Behandlung derartiger Vorkommnisse hat die Ösophagoskopie grosse Fortschritte gebracht, so dass die Zahl derjenigen solcher Fälle, welche grössere chirurgische Eingriffe erfordern, in neuester Zeit immer mehr abgenommen haben. Gelingt die Extraktion mit Hilfe des Ösophagoskops ausnahmsweise nicht, so kommt die Ösophagotomie oder bei tiefem Sitz die Gastrostomie mit Extraktion vom Magen aus in Frage. Gelingt bei einer narbigen Stenose die unblutige Dehnung nicht, so kommt zunächst, um dem Patienten die Nahrung zu ermöglichen, die Gastrostomie in Frage, diese wird gleichzeitig dazu benutzt, um vom Magen aus die Erweiterung der Speiseröhrenverengerung zu erzielen. Zu diesem Zweck empfiehlt sich aber nach Verfasser nicht die Anlegung einer Witzelschen Fistel, sondern einer Frankschen, weil die letztere einen guten Zugang zum Magen-innern gestattet, die erstere nicht. Verhältnismässig häufig kommt es vor, dass

Digitized by Google

man zwar mit feinen Sonden die Strikturen passieren, nicht aber sie durch weitere Sondeneinführung erweitern kann; in solchen Fällen bildet v. Hackers Sondierung ohne Ende, die man mit Hilfe der Gastrostomie anwendet, ein gutes Hilfsmittel. Man schiebt eine feine Sonde in den Magen vor oder lässt eine an einen Faden gebundene Schrotkugel verschlucken, fängt von der Fistel aus den Sondenknopf oder die Kugel und bindet einen langen Faden daran, an welchen man ein feineres Drainrohr befestigt; zieht man dieses lang aus, so gelingt es verhältnismässig leicht, dasselbe durch die Stenose durchzubringen, und durch den Druck, welchen es bei dem Bestreben, sich auszudehnen, auf die Striktur ausübt, diese von innen her zu dehnen, und es ist dann nicht schwierig, an dem liegen gelassenen Faden ein stärkeres Rohr hindurchzuziehen; in der Regel dehnt man auf diese Weise auch kallöse Strikturen in nicht zu kurzer Zeit so weit, dass die Sondenbehandlung vom Munde aus mit gutem Erfolge vorgenommen und dann die Magenfistel geschlossen werden kann. Dieselbe Hackersche Methode wird man selbstverständlich anwenden können im Anschluss an die retrograde Sondierung vom Magen aus, falls man vom Munde aus mit feinen Sonden nicht zum Ziele kommt. Selbstverständlich muss nach der Heilung die Bougierung noch jahrelang regelmässig fortgesetzt werden, damit nicht bald ein Rezidiv entsteht. Die Patienten lernen, das Bougieren übrigens bald selbst an sich auszuführen.

Prof. Kraus (Berlin) ist kein Freund der frühzeitigen Gastrotomie bei Ösophaguskarzinom, er bevorzugt vielmehr die Sondenbehandlung, und zwar so lange, als dies überhaupt möglich ist. Die Gefahr der Perforation und falscher Wege bei der Sondierung ist unstreitig vorhanden, sie kann aber mit einiger Vorsicht fast ganz vermieden werden. Die bisher mitgeteilten, durch die sogenannte Radikaloperation erzielten Resultate sind nicht derart, dass sie zur Nachahmung reizen.

Dr. Teleky über Laugenverätzung der Speiseröhre in der Gesellschaft der Ärzte zu Wien (Med. Woche Nr. 48). — Über chirurgische Intervention bei Speiseröhrenverengerung von Dr. Lindner (Münch. med. Wochenschr. Nr. 6. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 12). — Die Erkrankungen der Speiseröhre von Prof. Kraus in Nothnagels Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie (Wien, Verlag von A. Hölder).

Ohrenkrankheiten. Wie Dr. Henie (Berlin) auseinandersetzt, sind für die moderne Behandlung der akuten Mittelohrentzündung noch immer die Indikationen massgebend, die Schwartze vor vielen Jahren aufgestellt hat. Ist die Trias, Fieber, Schmerz und Vorwölbung des Trommelfells vorhanden, so muss die Paracentese ausgeführt werden. Demgegenüber hat in den letzten Jahren Zaufal und Piffl eine andere Auffassung vertreten. In verschiedenen Fällen hatte er beobachtet, dass trotz Unterlassens der Paracentese in Fällen, in denen dieselbe nach seinen früheren Anschauungen erforderlich war, gewöhnlich am siebenten Tage eine Wendung zum besseren eintrat, die ihn an die Krisis der Pneumonie erinnerte. Auf Grund weiterer planmässiger Beobachtung kam er schliesslich zu der Anschauung, dass Bettruhe, essigsaure Tonerdeumschläge und Salizyl innerlich in den meisten Fällen die Perforation verhüteten, der Entstehung von Sekundärinfektion vorbeugten und den Krankheitsverlauf abkürzten. Demgegenüber betont Henie, dass in der Lucaeschen Klinik ein solcher typischer Verlauf der Otitis nie beobachtet worden wäre. Möglich wäre allerdings, dass lokale Verhältnisse mitspielten. Bei Fällen, die vom ersten Tage an in klinische Behandlung kämen, liesse sich vielleicht öfter die Paracentese vermeiden. Die in der Universitätsohrenklinik geübte Behandlung ist die folgende: Tritt unter ableitender Behandlung in ein oder zwei Tagen keine Besserung ein, besteht Vorwölbung, Schmerz, vielleicht auch Fieber, so wird das Trommelfell ausgiebig gespalten. Fiebernde werden ins Bett gesteckt. Ausspülungen des Ohres werden nur zu diagnostischen Zwecken gemacht. Das Sekret wird durch Gazetampons aufgesaugt. Unter dieser Behandlung kommt die Mehrzahl der Fälle zur Heilung, ganz besonders diejenigen, die rechtzeitig in

Digitized by Google

Behandlung getreten sind. Als warnendes Beispiel erscheint folgender Fall: Ein Arbeiter macht eine akute Otitis durch, ohne ärztliche Behandlung aufzusuchen. Nachdem die akuten Erscheinungen schon ganz geschwunden waren, wird er plötzlich von einer akut einsetzenden Meningitis hingerafft. Die Obduktion ergibt: Trommelfell durch frühere Entzündungen hochgradig verdickt, nicht perforiert. In der Paukenhöhle Eiter. Durchbruch durch das runde Fenster in das Labyrinth und von hier aus induzierte Meningitis. In diesem Falle wäre durch rechtzeitige Paracentese jedenfalls der tödliche Ausgang verhütet worden. Solche Fälle mahnen dazu, an der herrschenden Indikationsstellung zur Paracentese nicht zu rütteln.

Bei der Entstehung der Sklerose des Mittelohres kommen nach Dr. Stengers (Königsberg i. Pr.) Erfahrungen in erster Linie die Nase und der Nasenrachenraum in Betracht, wenigstens in einem Teil der Fälle, bei denen das Leiden ganz schleichend und unbestimmt einsetzt. Der Eingangsort für die meisten Mittelohrerkrankungen sind eben der Nasenrachenraum und die Tube. Fast ausnahmslos findet man bei der Sklerose, lange bevor Hörstörungen objektiv nachweisbar sind, subjektive Beschwerden in Form von Ohrensausen, leisem Gefühl von Verstopftsein des Ohres; oft auch geben die Patienten an, dass sie wohl ganz gut hören könnten, jedoch in Gesellschaft mehrerer Personen unsicher hörten, ebenso auch bei Kongestionszuständen nach Genuss von Alkohol, Tabak und nach Erregungszuständen, bezw. starker geistiger und körperlicher Arbeit. Findet sich in solchen Fällen objektiv keine oder nur eine geringe Herabsetzung des Hörvermögens, so lässt sich mit dem Katheter, bezw. der Luftdusche eine vorübergehende Besserung erzielen, soweit überhaupt eine symptomatische Behandlung bessern kann. Auch bei Erkältungszuständen sind so lange die Hörbeschwerden vorhanden, als die allgemeine akute Kongestion besteht. Bei Nachlass derselben tritt Besserung ein, welche durch Luftdusche beschleunigt wird. Als eigentliche Ursachen der Mittelohrsklerose sind nach Verfasser in erster Linie die Rachentonsille, die auch in höherem Alter durchaus nicht so selten zu finden ist, Schwellungen der mittleren und unteren Muschel und überhaupt Schleimhautschwellungen, die durch Erkrankungen der Nebenhöhlen, insbesondere der Keilbein- und der Oberkieferhöhle bedingt und unterhalten werden, anzusehen. Es müssen also zur Behandlung des Mittelohrleidens vorerst die Krankheitsursachen in der Nase und im Nasenrachenraum beseitigt werden. Je früher diese entfernt werden, desto weniger schreitet der Prozess im Mittelohr vor. Selbst in schweren Fällen von Sklerose, ausgenommen die mit Labyrinthsymptomen und mit abgeheilter chronischer Mittelohreiterung komplizierten, lässt sich durch eine konsequent durchgeführte Behandlung der Nase und des Nasenrachenraums Besserung erzielen. Verfasser führt als Beispiel zwei Fälle an, in denen die Erscheinungen nach Abtragung, resp. Verkleinerung der hypertrophischen Muscheln erheblich gebessert wurden.

Zur Behandlung der Schwerhörigkeit bedient sich Dr. Musehold (Berlin) der Luftwellen der Sirene. Die Luftwellen-Massage kann nach Autor in allen Fällen von Erkrankung der Schallleitung mit oder ohne Beteiligung des schallempfindenden Apparates als das mildere Verfahren zuerst versucht werden. Sowohl die Atrophie des Trommelfells, als auch die anderen von Ostmann angeführten Erkrankungsformen, bei denen die Vibrations-Massage kontraindiziert ist. wie akut entzündliche Zustände des Schallleitungsapparates, allerdings nur während der Abheilung. Mittelohrleiden mit erheblichen Verlagerungen und Verwachsungen des Trommelfells, ja selbst Erkrankungen des nervösen Apparates mit normaler Schallleitung bilden keinen Hinderungsgrund für den Gebrauch dieser Luftwellen-Massage. Trotz ihrer völligen Unschädlichkeit bietet sie gerade die Eignung, welche bei der Vibrations-Massage als besonders wirksam hervorgehoben wird: die hohe Frequenz der Erschütterungen in weit höherem Grade. Schon, wenn die Geschwindigkeit der Scheibenumdrehungen für das c' einge-

Digitized by Google

stellt ist, wirken in einer Minute 15840 Erschütterungen bezw. Schwingungen in ununterbrochener Folge auf den Schallleitungsapparat und durch diesen auch auf den Gehörnerven. In bezug auf die Wirksamkeit kann die Behandlung mit diesen von der Sirene erzeugten Luftwellen den übrigen physikalischen Behandlungsarten als vollkommen gleichwertig angereiht werden. Wissenschaftlich aber ist dieselbe ganz besonders deshalb interessant, weil sie physikalisch im engsten Sinne des Wortes ist und sich des für den Gehörnerv adäquaten Reizes, der Schallwellen, bedient, um den Schallleitungsapparat durch dieselbe Kraft, in deren Dienst er gestellt ist, auf dem Wege der Übung zu ergiebigeren und den Hörnerv erregenden Schwingungen zu zwingen. Der Apparat für Luftwellen-Massage wird vom Medizinischen Warenhaus in Berlin angefertigt.

Zur Anwendung der Luftdusche bei Ohrenkranken empfiehlt Prof. Lucae als zweckmässigen Apparat die in der Technik gebräuchlichen, mit flüssiger Kohlensäure gefüllten Bomben, welche mit einem Ventil zur Druckregulierung und einem metallenen Träger für den Gummischlauch armiert sind. Letzterer wird vor der Einführung mit dem Katheter verbunden. Ist der eingeführte Katheter fixiert, so öffnet man das Ventil und lässt die Kohlensäure unter einem Druck von 0,4 bis 0,5 Atmosphären in die Paukenhöhle einströmen. Verbietet man dem Kranken, um das Einatmen grösserer Mengen Kohlensäure zu verhüten, während des Einströmens des Gases zu atmen, so wird die Prozedur gut vertragen. Der prickelnde Geschmack, der häufig angegeben wird, belästigt wenig. Lokal ist in einigen Fällen eine etwas stärkere Reizung und Rötung der Paukenschleimhaut zu konstatieren, als bei Anwendung der gewöhnlichen Luftdusche.

Dr. Buhe verteidigt die von Körner angefochtene Behauptung Leuterts, dass man durch die Luml alpunktion im stande sei, bei vorhandener fieberhafter Ohrenerkrankung (mit Ausnahme der akuten Mittelohrentzündung) auf Grund eines negativen Befundes Meningitis auszuschliessen und daraus und aus dem hohen Fieber die Diagnose auf Sinusthrombose schnell und sicher zu stellen.

Dr. Babinski berichtet über günstige Resultate, die er bei Kranken, welche an Schwindel und subjektiven Ohrgeräuschen infolge von Labyrintherkrankung litten, durch die Lumbalpunktion erhalten hat. Manche dieser Patienten litten nur an dem Menièreschen Symptomenkomplex; bei anderen bestand eine eitrige Mittelohrentzündung. In allen diesen Fällen sind die subjektiven Geräusche und die Schwindelerscheinungen dauernd verschwunden. Dabei verschwanden auch manchmal psychische Störungen, die anscheinend an die Labyrintherkrankung geknüpft waren. Was aber das Gehörsvermögen anbetrifft, so hat es sich in einigen Fällen ausserordentlich gebessert, während in den anderen es unbeeinflusst blieb. Es ist selbstverständlich, dass die Lumbalpunktion nur in Fällen, wo das Labyrinth nicht zerstört ist, mit Erfolg angewendet werden kann. Da man aber nicht im stande ist festzustellen, ob das Labyrinth erhalten oder zerstört ist, so rät Buhe in jedem Fall von hartnäckigem Schwindel und Ohrgeräuschen labyrinthischen Ursprunges die Lumbalpunktion zu versuchen.

Dr. Gray hat bei eitrigen Mittelohrkatarrhen eine gesättigte Lösung von Jodoform in Anilinöl — ein Teil Jodoform auf sieben Anilinöl — von Vorteil gefunden. Man reinigt das Ohr, trocknet es gut aus und appliziert dann wenige Tropfen Anilin-Jodoform mittelst einer mit Watte umwickelten Sonde. Es ist Vorsicht geboten, da das Anilin rasch resorbiert wird und bei empfindlichen Patienten Cyanose erzeugen kann. Insbesondere bei tuberkulösen Formen sind die Erfolge gute.

Zur lokalen Anästhesierung des Trommelfells benützt Dr. Haug (München) folgendes Verfahren: Ein Gazestreifen oder länglicher Wattebausch wird ausgiebig mit einer der näher bezeichneten Anästhesinlösungen befeuchtet, recht tief in den Gehörgang vorgeschoben, so dass alle Gehörgangspartien berührt werden. Wechsel 1 bis 2 bis 4mal, je nach Bedürfnis. Die Wirkung auf das Schmerz-

Digitized by Google

gefühl und den Juckreiz war in der Mehrzahl der Fälle eine sehr günstige bei furunkulösen Gehörgangsentzündungen, bei akuten und chronischen, nicht nässenden Ekzemen der Ohrgegend, bei einfach nervösem und bei diabetischem oder arthritischem Pruritus der Ohrmuschel und des Gehörganges. Bei Paracentesen konnte, wie durch alle anderen bis jetzt angewandten lokalanästhetischen Mitteln, eine zuverlässige, absolut sichere Schmerzlosigkeit nicht erzielt werden.

Dr. Iwanoff (Moskau) hat sich folgende Formel bei Anästhesierung des Trommelfells gut bewährt:

Rp. Cocain muriat. 0,5
Sol. Adrenalin. (1:1000) 10,0.

Mit der auf 35—40° erwärmten Lösung befeuchtet man ein Wattekügelchen und bringt dasselbe an das Trommelfellbecken an; nach 10 Minuten soll totale Anästhesie eintreten.

Dr. Heine über Behandlung der akuten Mittelohrentzündung in der Berliner otologischen Gesellschaft (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 26). — Zur Ätiologie und Therapie der Sklerose des Mittelohres von Dr. Stenger (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 29). — Behandlung der Schwerhörigkeit mit Luftwellen der Sirene von Dr. Musehold (Ther. Monatsh. 10. H.). — Anwendung der Luftdusche von Prof. Lucae (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 11. — Ther. Monatsh. 5. H.). — Dr Buhe über Lumbalpunktion und ihre Bedeutung für Diagnose und Therapie otitischer Hirnerkrankungen in der medizinischen Gesellschaft zu Magdeburg (Münch. med. Wochenschr. Nr. 23). — Dr. Babinski über Lumbalpunktion bei Labyrinterkrankung in der Société médicale des Hôpiteaux zu Paris (Ther. d. Gegenw. 6. H.). — Eine neue Methode zur Behandlung des eitrigen Mittelohrkatarrhs von Dr. Gray (Lancet. — Med. Blätter Nr. 30). — Das Anästhesin in der Therapie der Gehörgangsentzündungen und zur lokalen Anästhesie bei Trommelfellparacentese von Dr. Haug (Arch. f. Ohrenheilk. 58 Bd. 3. u. 4. H.). — Über lokale Anästhesie des Trommelfells von Dr. Iwanoff (Prakt. Wratsch. — Russ. med. Rundschau 9. H.).

Organotherapie. Auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Kassel hielt Prof. v. Poehl (St. Petersburg) einen Vortrag über die Verwendung physiologischer Katalysatoren als Heilmittel. Im menschlichen Organismus lassen sich nach v. Poehl die Ernährungsprozesse, die meisten Stoffwechselvorgänge und sogar der Selbstschutz zumeist auf katalytische Vorgänge zurückführen, d. h. es befinden sich im Körper solche Stoffe, welche die Zeitdauer der Reaktionen beeinflussen und ohne deren Mitwirkung die Erhaltung des Lebens und die Beschaffenheit der erforderlichen Energie undenkbar ist. Solche Körper nennt man Katalysatoren; die positiven beschleunigen die Reaktionen und die negativen hemmen dieselben. Bei den positiven Katalysatoren unseres Organismus unterscheidet man die allgemeinen von den spezifischen. Die ersteren entfalten ihre Tätigkeit in allen Organen und Geweben und die anderen beschränken dieselbe auf spezielle Organe. Als allgemeine Katalysatoren bespricht Vortragender das Spermin und das Adrenalin. Das Spermin beschleunigt die Oxydationsvorgänge der Gewebsatmung und zerstört auf diese Weise sowohl die schädlichen Stoffwechselprodukte als auch die Übermüdungsleukomaine. Das Adrenalin ist der Katalysator der Reduktionsprozesse, daher erweist sich dieser Körper als ungemein giftig bei Einführung in die Blutbahn. Die therapeutische Anwendung dieses Katalysators hat sich daher bis jetzt wesentlich auf den äusseren Gebrauch beschränkt und in kurzer Zeit Stellung im Arzneischatz erworben. Als spezifische Katalysatoren bezeichnet Vortragender solche Körper, welche die Funktion eines Organes oder die Gewebsatmung desselben beeinflussen. Vortragender hat für die therapeutischen Zwecke synergetische Gruppen von Leukomainen aus den verschiedensten Organen gewonnen, wie z. B. das Cerebrinum aus der grauen Gehirnsubstanz, das Thyreoidinum aus der Schilddrüse, das Ovarinum aus den Eierstöcken und das Mamminum aus den Glandulae mammae etc. Das Thyreoidinum beeinflusst katalytisch die Fettsucht und verschiedene Haut- und Nervenkrankheiten. Das Cerebrinum beeinflusst katalytisch die Exkretion der Nervenstoffwechselprodukte und hat sich in gewissen Fällen von Epilepsie und Neurasthenie, bei Alkoholismus etc. als gutes therapeutisches Mittel bewährt. Das Ovarinum hat sich bei Klimax und das Mamminum-Poehl bei Uterusfibromyom und vielen anderen Frauenkrankheiten als zweckmässiges therapeutisches

Digitized by Google

Mittel bewährt. Als negative Katalysatoren erweisen sich die meisten Toxine und vor allem die Plasmagifte. Die neuesten Beobachtungen, die Vortragender gemeinsam mit Prof. Fürst Tarchanoff angestellt hatte, ergeben, dass vielen dieser physiologischen Organopräparate radioaktive Eigenschaften zukommen.

Prof. v. Poehl über die Verwendung physiologischer Katalysatoren als Heilmittel auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Kassel (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 41).

Osteomalacie Dr. Schmidt berichtet über zwei Fälle von typischer puerperaler Osteomalacie, bei denen er durch Anwendung von Heissluftbädern mittelst Phénix à l'air chaud soweit Heilung erzielen konnte, dass die Patienten ihre häuslichen Arbeiten ohne Beschwerden verrichten konnten. Der Zweck dieser Behandlungsart ist, eine intensive diffuse Hauthyperämie zu erzeugen, um dadurch die hyperämisierten Gefässbezirke des Periostes und des Knochenmarkes zu entlasten. Es liegt übrigens auch die Vermutung nahe, dass die reichliche Ausscheidung organischer Säuren als Heilfaktor in Rechnung zu ziehen ist.

Über diaphoretisches Heilverfahren bei Osteomalacie von Dr. Schmidt (Zentralbl. f. d. ges. Ther. 6. H. — Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 7. Bd. 6. H.).

P.

Pankreaschirurgie. Die Gründe für die langsame Entwickelung der Pankreaschirurgie sind nach Prof. v. Mikulicz (Breslau) zu suchen 1. in den topographischen Verhältnissen des Organs, welche es bedingen, dass dasselbe relativ selten Verletzungen ausgesetzt ist; 2. in der Schwierigkeit der Diagnose und 3. darin, dass die Operationen am Pankreas infolge des grossen Blutreichtums der Drüse und infolge des Aussickerns des spezifischen Sekretes in die Bauchhöhle, ungleich gefährlicher sind, als die an allen anderen Abdominalorganen. Bei allen Operationen, in welchen das Pankreasgewebe in erheblichem Umfange blossgelegt wird, ist daher die Bauchhöhle an der entsprechenden Stelle zu tamponieren, resp. zu drainieren. Was die Verletzungen des Pankreas anbelangt, so ist, wenn Anämie, nachweisbarer Bluterguss in die Bauchhöhle, zunehmende peritonitische Reizung vorhanden, die Laparotomie indiziert. Die Tampondrainage ist in jedem Falle nach Beendigung der Operation anzulegen. Bei der akuten Pankreatitis kann nur eine Frühoperation den lebenbedrohenden toxisch-septischen Zustand beseitigen, und der Nekrotisierung des Drüsengewebes durch das Pankreasferment vorbeugen. Bei der subakuten und chronischen Form der Pankreatitis ist ein expektatives Verhalten gestattet. Bei Vorhandensein von Pankreassteinen geben die durch dieselben hervorgerufenen sekundären, resp. die gleichzeitig mit ihnen bestehenden Störungen die Indikation zum Eingreifen.

Über den heutigen Stand der Chirurgie des Pankreas, mit besonderer Rücksicht auf die Verletzungen und Entzündungen des Organs von Prof. v. Mikulicz (Mitteil. a. d. Grenzgeb. 12. Bd. 1. H. — Med. Blätter Nr. 42).

Paraffin- und Vaselinprothesen. Dr. Gersuny (Wien) teilt einen Fall von vollständiger Zerstörung des Nasengerüstes bei intakter Haut mit, bei welchem er vorerst die Nase aufrichtete (subkutane Trennung der Narben) und in dieser Form durch Paraffininjektion dauerhaft machte.

Dr. Topolansky (Wien) hat mit derlei Vaselin-Injektionen bei Trichiasis, En- und Ektropium der Lider gute Erfolge erzielt. Es kam ihm dabei nicht auf die Erzielung eines kosmetischen Effektes, vielmehr auf Beseitigung des Übels an. Am unteren Lide entsteht eine Wulstung, ein Schönheitsfehler, der durch Setzung eines Depots

Digitized by Google

am anderen Unterlide ausgeglichen wird; beim oberen Lide kann eine Ptosisstellung resultieren, weshalb hier Vorsicht angezeigt ist. Im übrigen ist das Verfahren einfach und gefahrlos.

Dr. Kapsamer (Wien) berichtet über mehrere Fälle von Vaselin-Injektion bei Frauen wegen Incontinentia urinae mit Dauererfolgen nach zwei Jahren. In einem Falle (Ambulante) erlebte er eine Lungenembolie, von welcher die Frau genas. Er zieht aber das Paraffin mit einem Schmelzpunkt von 42° dem Vaselin vor und berichtet über Misserfolge bei Vaselininjektionen in Fällen von Prostataatrophie (Harnträufeln), indem das Vaselindepot beim starken Pressen zum Stuhle aus der Urethra in Gestalt einer kleinen Wurst abging.

In der v. Angererschen Klinik wurden, wie Dr. Wassermann (München) mitteilt, die Gersunyschen Vaselin-Injektionen zur Korrektur von Sattelnasen in fünf Fällen mit stets zufriedenstellendem Erfolge angewendet. Es handelte sich teils um angeborene, teils um infolge von Lues oder Trauma erworbene Sattelnase. Als durchschnittliches Quantum erwiesen sich 2–3 ccm Ung. paraffini (mit einem Schmelzpunkt von 40° C) als genügend. Das Mittel wurde in der Regel in einer Sitzung von mehreren Einstichöffnungen aus abgelagert und dann noch durch Fingerdruck vor dem vollständigen Erstarren formiert. Die Prothesen wurden ca. 1 Monat nach ihrer Bildung knorpelhart und zeigten während der ganzen Zeit weiterer Beobachtung weder Veränderungen der Konsistenz, noch Schwund der Masse oder irgendwelche Verschiebung und Senkung. In einem sechsten Falle wurde nach der Paraffininjektion ein grosser Teil der Nasenrückenhaut nekrotisch.

Dr. Eckstein (Berlin) empfiehlt zu Prothesen an Stelle des Vaselins das leicht sterilisierbare und erst bei 57—60° schmelzende Paraffin. Das Vaselin hat die Nachteile, dass es leicht zu Lungenembolien führt, dass es zunächst nach der Einspritzung für längere Zeit eine flüssig-weiche Konsistenz beibehält und dass es teilweise resorbiert wird. Diese Nachteile werden bei Verwendung von hochschmelzendem Paraffin vermieden, das nicht resorbiert wird und sich unmittelbar nach der Einspritzung gut kneten und so in eine Form bringen lässt, die es nachher dauernd beibehält. Infolge der schnellen Erstarrung wird auch die Gefahr einer Lungenembolie vermieden.

Im Gegenstatze zu Eckstein führt Dr. Stein (Wiesbaden) bezüglich der Paraffin-Injektionen folgendes aus: 1. Die Methode der Paraffininjektionen ist hauptsächlich geeignet zur Korrektur kleiner, der Körperoberfläche naheliegender Deformitäten und ähnlicher Prozesse, die die Injektion grösserer Quantitäten von Paraffin nicht erfordern. 2. Das zur Verwendung gelangende Paraffin soll einen Schmelzpunkt von ca. 41° besitzen. Härteres Paraffin soll nur injiziert werden, wenn es sich um die Ausfüllung bestehender Hohlräume mit festen Wänden handelt. In allen übrigen Fällen ist es kontraindiziert, da es die Gefahr der Embolie vergrössert. 3. Die Einspritzung der Masse soll nie in flüssigem, sondern stets in pastösem Zustande erfolgen. 4. Es besteht kein Grund irgend welcher praktischer oder theoretischer Art, das weiche Paraffin zu gunsten des harten zu verlassen. 5. Es ist nicht ratsam, mehr als ca. 3 ccm in einer Sitzung zu injizieren. 6. Die injizierte Masse wird nicht resorbiert, sondern eingekapselt und dann von Bindegewebszügen durchwachsen, so dass das Resultat in jedem Falle ein dauerndes ist. 7. Die im unmittelbaren Anschluss an die Injektion auftretende ödematöse Schwellung verschwindet regelmässig nach einigen Tagen.

Dr. Gersuny (Wien) bezeichnet alle Paraffinprothesen, die mit einer Masse von höherem Schmelzpunkt als etwa 35° C hergestellt sind, als harte, weil sie nach kurzer Zeit knorpelhart werden und so bleiben. Für gewisse Zwecke sind solche Prothesen wegen ihrer Härte unbrauchbar, und deswegen machte Verfasser den Versuch, durch eine Mischung von einem Teil Vaselin mit vier Teilen Olivenöl eine halbflüssige Masse herzustellen, die bei der Injektion leicht in die feinsten Gewebsspalten eindringt und die Möglichkeit einer diffusen Ausbreitung gewährt. Die Voraussetzung, dass das Öl

Digitized by Google

allmählich resorbiert würde unter Zurücklassung von kleinsten Paraffindepots hat sich vollkommen erfüllt. Die Methode kam bisher zur Anwendung in einem Falle von Hemiatrophia facialis, bei welchem ohne Beeinträchtigung des Mienenspiels eine Hebung der eingefallenen Backe gelang. Das gute Resultat konnte noch nach vielen Monaten demonstriert werden. Auch in Fällen kosmetisch entstellender Narben (Blatternarben) bewährten sich die Injektionen. Zur Verwendung der Methode der Hartparaffin-Injektionen hatte Gersuny bisher keine Veranlassung, da auch bei der Injektion von bei 35° schmelzendem Vaselin der Endeffekt in jedem Falle eine knorpelharte Geschwulst darstellt. Der Vorteil, dass man mit einer gewöhnlichen Pravazspritze in nicht flüssigem Zustande einspritzen kann, ist so bedeutend, dass man aus rein theoretischen Gründen nicht von ihr abgehen sollte.

Um bei Paraffinprothesen einen sicheren Erfolg zu erzielen, ist nach Dr. Franke die Einleitung der Narkose erforderlich. Diese lässt sich nur bei grosser Übung und bei ganz willensstarken Personen umgehen, da durch die grosse Spannung, welche die Einspritzung hervorruft, und durch die hohe Temperatur des verflüssigten Hartparaffins ziemlich heftige Schmerzen ausgelöst werden. Es empfiehlt sich ferner, Paraffin von nicht zu hohem Schmelzpunkt, etwa von 45 bis 50° C, zu verwenden.

Eine neue Paraffinspritze hat Dr. Kantorowicz (Berlin) konstruiert. Bei den Paraffininjektionen kommt es darauf an, dass das Paraffin in der Spritze genügend lange flüssig bleibt, dass es also in der Spritze sich nicht zu schnell abkühlt. Verfasser erreicht diesen Zweck in seiner Spritze sehr einfach dadurch, dass sie von einem doppelten, allseitig geschlossenen Zylindermantel umgeben ist, in welchem nach dem Prinzip der Thermophore ein Wärmesalz (Natr. acetic.) sich befindet. Die ganze Spritze mitsamt ihrem Mantel besteht aus einem Stück. In ihrem Äusseren unterscheidet sich die Spritze nur durch ihre etwas grösseren Dimensionen von einer gewöhnlichen Morphiumspritze. Zur Ausführung der Paraffininjektionen wird zunächst das am einfachsten in einem Reagensröhrchen befindliche Paraffin in einem Gefäss mit siedendem Wasser zum völligen Schmelzen gebracht und in dem Gefäss belassen. Alsdann hält man die Spritze ½ Minute lang — nicht länger — in das stets fortkochende Wasser, setzt alsdann die Nadel an und saugt durch diese das geschmolzene Paraffin in das Spritzeninnere. Die in dieser Weise mit dem Paraffin beschickte Spritze bleibt mindestens zehn Minuten lang warm und zur Injektion bereit. Es empfiehlt sich, unmittelbar vor der Injektion die Nadel für einige Augenblicke in heisses Wasser zu tauchen.

Dr. Gersuny, Dr. Topolansky und Dr. Kapsamer über Paraffinprothesen in der Gesellschaft der Ärzte in Wien (Münch. med. Wochenschr. Nr. 2). — Über die kosmetische Behandlung von Sattelnasen mit Vaselininjektionen von Dr. Wassermann (Beitr. z. klin. Chir. — Schm. Jahrb. 277. Bd. 1. H.). — Über subkutane und submuköse Paraffininjektionen von Dr. Eckstein (Deutsche med. Wochenschr. — Schm. Jahrb. 277. Bd. 1. H.). — Über die Verwendung von harten oder weichem Paraffin zu subkutanen Injektionen von Dr. Stein (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 36 u. 37). — Harte und weiche Paraffinprothesen von Dr. Gersuny (Zentralbl. f. Chir. Nr. 1. — Ärztl. Praxis Nr. 5). — Über Paraffinprothesen von Dr. Franke (Zentralbl. f. Chir. Nr. 28. — Ther. Monatsh. 9. H.). — Eine neue Paraffinspritze von Dr. Kantorowicz (Münch. med. Wochenschr. Nr. 16).

Paratyphus. Unter die Zahl der neuentdeckten Infektionskrankheiten wurde in jüngster Zeit der Paratyphus aufgenommen. Seine Bakterien stehen kulturell zwischen Bacterium typhi abdominalis (Ebert-Gaffky) und dem Bacterium coli. Die klinischen Erscheinungen sind die gleichen wie beim Typhus, was auch die von Dr. Kayser (Strassburg) publizierten Fälle zeigen, nur die Agglutinationsfähigkeit des Serums dem Paratyphusbacillus gegenüber ermöglicht die Diagnose. Auch hier dürfte das Wasser als Infektionsträger zu beschuldigen sein.

Über den Paratyphus von Dr. Kayser (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 18).

Pellagra. Dr. Antonini und Dr. Mariani haben ihre Untersuchungen über die antitoxische Wirkung des Blutserum geheilter Pellagrakranker

Digitized by Google

in der Weise fortgesetzt, dass sie dieses Serum im Verhältnis von 1 : 10 mit dem Serum frischer Pellagrakranker mischten, und dass sie ferner die antitoxische Kraft des Blutserums vorher infizierter Tiere (Ziegen) festzustellen suchten. Sie kommen zu dem Schlusse, dass die Aussichten für eine wirksame Serumtherapie bei Pellagra günstige sind, da das Serum mit verdorbenem Mais infizierter Ziegen eine beträchtliche antitoxische Wirkung auf das Serum frischer Pellagrakranker auszuüben vermag, eine Wirkung, die diejenige des Serum geheilter Pellagrakranker noch übertrifft. Die antitoxische Wirkung dieses Blutserum halten sie nunmehr für zweifellos erwiesen.

Untersuchungen über die Toxicität des Blutserums bei frischer Pellagra und über die antitoxische Kraft des Blutserums geheilter Pellagrakranker von DDr. Antonini und Mariani (Dermat. Zeitschr. — Schm. Jahrb. 277. Bd. 2. H.).

Pentosurie. An Prof. v. Leydens Klinik in Berlin stellte Dr. Huber Untersuchungen über den Nachweis der verschiedenen Zuckerarten im Urin und über ihre Bedeutung im Stoffwechsel an und kam zu dem Schlusse, dass der positive Ausfall der Trommerprobe für Diabetes nicht beweisend ist. Eine ziemlich ausreichende Sicherheit gibt sie nur, wenn sie sehr stark ist, d. h. wenn ein sehr reichlicher gelber Niederschlag entsteht. Beweisend ist nur die Gärungsprobe, bei Männern auch eine starke Rechtsdrehung. Diese Proben müssen in allen zweifelhaften Fällen ausgeführt werden. Bei Frauen kann Rechtsdrehung auch durch Milchzucker bedingt sein. Geringe Rechtsdrehung kann durch linksdrehende Substanzen, besonders Glykuronsäureverbindungen verdeckt werden. Fällt die Gärungsprobe bei positiver Reduktion negativ aus, so muss dies stets Verdacht auf Pentosurie erwecken. Diese wird durch die Orzinreaktion nachgewiesen.

Über den Nachweis der verschiedenen Zuckerarten im Urin und über ihre Bedeutung im Stoffwechsel von Dr. Huber (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 7. Bd. 5. H.).

Peritonitis. Auf dem Chirurgenkongresse machte Dr. v. Brunn (Tübingen) Mitteilung über Pneumokokkenperitonitis. Die Lokalisation erfolgt meist in der Mittellinie, unterhalb des Nabels, der Flüssigkeitserguss ist sehr gross, die Temperaturkurve oft so, dass die Chirurgen an eine eitrige Peritonitis nicht glauben und einen Eingriff ablehnen. Punktion ergibt zur Überraschung Eiter. Wird derselbe nicht entleert, so sucht er sich einen Ausweg, meist in der Gegend des Nabels, den man oft vorgewölbt findet. So tritt oft Spontanheilung ein bei Kindern; das liegt zum Teil wohl daran, dass bei der Pneumokokkenperitonitis das Exsudat sehr fibrinreich ist, so dass bald eine Abkapselung stattfindet, zum Teil ist es auch auf die schnelle Abschwächung der Virulenz der Pneumokokken zurückzuführen. Von der Appendicitis unterscheidet sie sich im Anfangsstadium durch die Durchfälle, im chronischen ist sie mit Tuberkulose zu verwechseln, doch fehlen die Pseudotumoren.

Auf welchem Wege der Pneumococcus in die Peritonealhöhle gelangt, ist nach Dr. Lapin noch ein strittiger Punkt, doch ist wohl die Lymphbahn, mittelst welcher eine Kommunikation zwischen Pleura- und Peritonealhöhle vorhanden ist, der wahrscheinlichste. Jedenfalls kann es der Fall sein und kommt es auch meistenteils zur Peritonitis primär, ohne dass ein anderer durch denselben Mikroben hervorgerufener Erkrankungsherd im Körper zu existieren braucht. Der Pneumococcus, einmal in die Bauchhöhle gelangt, verursacht daselbst, wenn die Lebensbedingungen für ihn günstig sind, eine diffuse oder abgekapselte Entzündung, wobei bei letzterer Form bisweilen recht viel Eiter vorhanden sein kann. Eine Pneumokokkenperitonitis beginnt meistens ziemlich plötzlich mit hohem Fieber, Erbrechen, starker Schmerzhaftigkeit des Abdomens, die bisweilen in der Cökalgegend am stärksten lokalisiert sein kann und so am ersten Tage wenigstens eine Appendicitis vermuten lässt. Gegen eine solche, sowie auch gegen die septischen Peritonitiden spricht nur das Bestehen starker Durchfälle, welche für Pneumokokkenperitonitis recht charakteristisch sind. Den letztern Punkt möchte Verfasser besonders hervorheben und er konnte dies auch in dem von ihm mitge-

Digitized by Google

teilten Falle beobachten. Es handelte sich um ein 9jähriges Mädchen, welches mit den Erscheinungen von Peritonitis zur Laparotomie kam. Bei der Operation entleerten sich etwa 300 ccm dicklichen, grünlichgelben Eiters, in welchem bakterioskopisch Reinkulturen von Fränkelschen Diplokokken gefunden wurden. Der Fall ging nach dreimonatlichem Kranksein in Heilung über.

Dr. v. Brunn über Pneumokokkenperitonitis auf dem deutschen Chirurgenkongresse (Münch. med. Wochenschr. Nr. 25). — Über Pneumokokkenperitonitis von Dr. Lapin (Djetzk. Med. — Rev. d. russ. med. Zeitschr. Nr. 3).

Pest. Nach den Erfahrungen Toyamas (Tokio) erhielt sich die Lebensfähigkeit und Virulenz der Pestbazillen in der Winterkälte (bis 2,5°) drei Monate lang besser, als in der Brutwärme, denn bei letzterer war nach 56—84 Tagen bedeutende Abnahme der Virulenz vorhanden. Die Kultur bei Winterkälte zeigte weniger Neigung zur Bildung von Involutionsformen, als die in der Brutwärme gewachsene Kultur.

Dr. Kolle und Dr. Otto (Berlin) erzielten mit lebend injizierten, künstlich abgeschwächten Pestkulturen (Vaccinen) eine weit höhere immunisierende Wirkung, als mit abgetöteten abgeschwächten oder abgetöteten virulenten Kulturen. Durch einmalige subkutane Einspritzung einer kleinen Menge abgeschwächter Pestkultur wurde mit Sicherheit bei Meerschweinchen, Ratten und Mäusen eine monatelang anhaltende komplette Immunität erreicht.

Dr. Cairus hält auf Grund seiner in Glasgow im Verlaufe von zwei Pestepidemien gemachten Erfahrungen das Serum von Yersin für ein Heilmittel von grösster Bedeutung; es wirkt sowohl bakterizid wie auch antitoxisch. Die beste Wirkung erzielt man durch frühzeitige Anwendung, und zwar spritze man das Mittel subkutan in die zum Bubo führenden Lymphbahnen und gleichzeitig gebe man intravenöse Einspritzungen; die Anfangsdosis sei 150—300 ccm. In ganz milden Fällen scheinen die subkutanen Einspritzungen zu genügen.

Dr. Dönitz (Berlin) beschreibt genau den Verlauf der Krankheit und Sektionsbefund des an Pest verstorbenen Dr. Milan Sax. Die Infektion soll dadurch entstanden sein, dass Sax beim Auspressen eines Tröpfchens des aus einem Bubo gewonnenen Gewebssaftes auf eine Agarplatte etwas von diesem Gewebssafte verspritzte; es handelte sich also um eine Tröpfcheninfektion. Der behandelnde Arzt Dr. Mendelsohn sprach sofort den Verdacht aus, dass es sich um Pest handelte und veranlasste die Überführung des Kranken ins Infektionsspital. Trotzdem der Kranke zwei Tage in Hauspflege sich befand, gelang es, die Weiterverbreitung zu unterdrücken. Nur bei dem Wärter Markgraf erfolgte eine Ansteckung, jedoch wurde er durch die Schutzbehandlung mit Pestserum und die Serumbehandlung während der Krankheit der Genesung zugeführt. Verfasser gelangt zur Überzeugung, dass nach einer im Laboratorium erfolgten Ansteckung mit Pest viel eher sich eine Epidemie entwickeln kann, als wenn es sich um Cholera oder Typhus handelt, während andererseits nicht zu befürchten ist, dass man sich mit Pest leichter im Laboratorium ansteckt als mit irgend einer anderen Krankheit.

Über die Widerstandsfähigkeit der Pestbazillen gegen die Winterkälte in Tokio von Dr. Toyama (Zentralbl. f. Bakter. 32 Bd — Schm. Jahrb. 277. Bd. 1. H.). — Die aktive Immunisierung gegen Pest mittelst abgeschwächter Kulturen von DDr. Kolle und Otto (Deutsche med Wochenschr. Nr. 28). — Behandlung der Beulenpest mit dem Serum von Yersin (Lancet. — Münch. med. Wochenschrift Nr. 29). — Über die im Institute für Infektionskrankheiten erfolgte Ansteckung mit Pest von Dr. Dönitz (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 27. — Med. Blätter Nr. 31).

Pharmazeutische Technik. Formeln zur Herstellung einer Mischung verschiedener Konzentration für den praktischen Gebrauch gibt Dr. Gassner an. 1. Wird gefragt: Wieviel eines indifferenten Bestandteils muss einer Mischung (a) vom Prozentgehalt (P) hinzugesetzt werden, damit eine Lösung von gewünschtem Gehalt (p) entsteht, so hat man sich der Formel $x = \frac{a\ (P-p)}{p}$ zu bedienen. Da es sich

Digitized by Google

um Verdünnungen handelt, ist hier stets $P > p$. 2. Wird verlangt, dass durch Zusatz (x) eines differenten Mittels von P Proz. zu der ursprünglichen Flüssigkeit (b) eine neue Mischung von p Proz. entstehe, so hat man die Formel $x = \frac{b\,p}{P-p}$ anzuwenden. Hier ist ebenfalls $P > p$. 3. Ist eine P-proz. Mischung (d) durch Zusatz (x) desselben, aber konzentrierten differenten Mittels auf p Proz. zu bringen, wobei natürlich $p > P$ ist, so benutzt man $x = \frac{d\,(p-P)}{100-p}$. 4. Wird verlangt, dass nicht das konzentrierte Mittel, sondern eine R-proz. Lösung desselben die Steigerung auf p Proz. herbeiführen soll, so heisst die Formel $x = \frac{d\,(p-P)}{R-p}$. Hier ist $R > p > P$.

Die Eigenschaft der Puder, Fett und Wasser anzuziehen, bedingt nach Dr. Müller (Berlin) ihre Anwendung bei folgenden Indikationen: 1. Zur Erzielung einer anämisierend-entwässernden Wirkung (bei akuter Dermatitis, Erysipel, akutem Ekzem). 2. Zur Erzielung einer fettentziehend-austrocknenden Wirkung (bei Seborrhöe). 3. Zur Erzielung einer wasseranziehend-austrocknenden Wirkung (Hyperhidrosis). 4. Als juckstillendes Mittel (akutes Ekzem, Urticaria, Pruritus etc.). 5. Als Deckmittel auch zu kosmetischen Zwecken. Verfasser hat nun die Wirkung der medikamentösen Puder dadurch zu erhöhen gesucht, dass er die betreffenden Arzneimittel nicht mechanisch beimengen, sondern imprägnieren liess. Als Pudergrundlage benutzte er ein Gemisch von Talkum und Magnesia carbonica und hat nun die verschiedenartigsten medikamentösen Puder herstellen lassen, so Ichthyol-, Tumenol-, Naphthol- etc.-Puder. So z. B. behandelt Verfasser die anämische Form des kalten Schweissfusses, indem er über Nacht Formalin 1—2% einreiben und dann nach heissem Fussbade Salizyl-Formalin-Tannin-Chloralhydratpuder einstreuen lässt, dem Borsäure und etwas Chromalaun beigemengt ist.

Dr. Herxheimer (Frankfurt a. M.) lenkt die Aufmerksamkeit auf einige Öle, die bis jetzt noch wenig Beachtung gefunden haben, dieselbe aber durchaus verdienen. Zunächst ist da das Baumwollsaatöl (Oleum Gossypii) zu erwähnen, dessen therapeutische Verwertung nach verschiedenen Richtungen hin zu empfehlen ist. Einmal eignet sich das genannte Öl besonders zur Herstellung des Spiritus saponatus kalinus. Die mit Ol. Gossypii hergestellte Seife ist ganz hell und vollkommen durchsichtig, schäumt vorzüglich und übertrifft das ältere Präparat bezüglich des Geruches. Ausser in dem Spiritus sapon. kalin. fand das Ol. Gossypii noch Verwendung als Zusatz zu Haarwässern, die bei der Behandlung der Pityriasis capitis in Betracht kommen. Besonders wertvoll erwies sich das Öl auch für die Suspension unlöslicher Quecksilbersalze an Stelle des Olivenöles, bezw. Paraffins. Schmerzen und Infiltrate wurden nach Verwendung dieser Suspension erheblich seltener beobachtet. Fast gleichwertig, für diesen Zweck wenigstens, ist das Erdnussöl (Oleum Arachidis), das sich auch zur Bereitung des Unguentum emolliens ausgezeichnet eignet. Bei dieser Gelegenheit betont Verfasser die Eigenschaft fetter Öle, Mengen von Jod bis zu 40% zu lösen. Diese Eigenschaft kommt dem Oleum pedum tauri in besonderem Masse zu. Die Jodlösung zersetzt sich allerdings sofort, aber eine intensive Jodwirkung bleibt dem Präparate erhalten; das Oleum jodi ist ein beachtenswerter Ersatz der Jodtinktur. Schliesslich erwähnt Verfasser noch das Atlas-Zedernholzöl (Libanol), das bei Hautentzündungen und Gonorrhöe versagt hat, während es gute Dienste bei Pediculi capitis und dem davon herrührendem Kopfekzem geleistet hat.

Formeln zur Herstellung von Mischungen von Dr. Gassner (Münch. med. Wochenschr. Nr. 16). — Imprägnierte medikamentöse Puder von Dr. Müller (Monatsh. f prakt. Dermat. 35. Bd. 3. H. — Ther. Monatsh. 1. H.). — Über die dermatotherapeutische Verwendung einiger Öle von Dr. Herxheimer (Ther. Monatsh. 6. H. — Medico Nr. 26).

Phosphaturie. Von der Beobachtung ausgehend, dass die Trinkkur in Contrexéville die Phosphaturie günstig beeinflusst, hat Dr. Etterlen Untersuchungen angestellt, die ihm ergaben, dass es der im

Digitized by Google

dortigen Wasser enthaltene schwefelsaure Kalk ist, der eine Verminderung der Phosphorsäure-Ausscheidung bedingt. Er hat zu diesem Zweck Gesunden in Pulvern schwefelsauren Kalk verabreicht und ein starkes Absinken der Phosphorsäure im Urin gesehen. Namentlich aber hat er bei Kurgästen zu Beginn der Kur und am Schlusse derselben die P_2O_5-Ausscheidung bestimmt und die gleiche Wirkung gefunden. Er empfiehlt dabei eine tägliche Dosis von 1,5—2 g schwefelsauren Kalkes zusammen mit gleichen Mengen von kohlensaurer Magnesia zur Behandlung der Phosphaturie, sei es in Form von Pulvern oder noch besser in Form einer Trinkkur mit Wasser von Contrexéville.

Einfluss des reinen schwefelsauren Kalkes auf die Phosphaturie von Dr. Etterlen (Lyon. méd. — Schm. Jahrb. 278. Bd. 5. H.).

Pityriasis versicolor. Gegen Pityriasis versicolor empfiehlt Dr. Aufrecht (Magdeburg) eine 4%ige Lösung von Acidum salicylicum in absolutem Alkohol. Dieses Mittel hat sich besser bewährt, als alle bisher dagegen angewendeten, deren Erfolg sehr häufig ein zweifelhafter war, oder wenigstens erst nach längerem, sehr energischem Gebrauch sich herausstellte. Bei Anwendung der Salizyllösung, welche allabendlich eingerieben wird, konnte meist schon nach 14 Tagen ein vollkommener Erfolg erzielt werden. (Cave: Nähe einer Flamme.)

Über Pityriasis versicolor von Dr. Aufrecht (Ther. Monatsh. 4. H.).

Plattfuss. Beim Plattfuss untersucht man nach Dr. Howorka (Wien) zuerst das Knochengerüst des Fusses und den Gang des Kranken, die Formation der Weichteile, Knochdeformitäten, Abduktionsstellung des Fusses, den Verlauf der Achillessehne und die Fussohlenbildung. Die Untersuchung der letzteren erfolgt durch Aufstellung des kranken Fusses auf eine Glasplatte, welche den Deckel eines Kastens bildet, in dessen Innerem ein Spiegel schräg aufgestellt ist; in diesem kann die sich daselbst abspiegelnde Sohlenform untersucht werden. Zu demselben Zwecke fertigt man eine Fussspur an, wofür mehrere Methoden bekannt sind. Patient tritt mit der mit einer Tanninlösung bestrichenen Fusssohle auf weisses Papier auf, welches dann mit Eisenchloridlösung benetzt wird, worauf die Fussspur in Schwarz erscheint. Man kann auch von einer mit Druckerschwärze bestrichenen Fusssohle Abdrücke anfertigen. In unkomplizierten Fällen genügen zur Behandlung des Plattfusses das Tragen einer Schuheinlage und Heilgymnastik. Die Schuheinlage soll entweder das Fussgewölbe ausfüllen und erhöhen oder dasselbe verstärken. Die Schuheinlage muss eine unnachgiebige Basis besitzen, welche bis unter die normalen Stützpunkte der Fusssohle reicht. Als Material zu plattenförmigen Einlagen benutzt Howorka das Zelluloid, welches den individuellen Verhältnissen des Fusses entsprechend gebogen wird, so dass es sich dem Fusse vollkommen anschmiegt und das Fussgewölbe hebt; treten beim Tragen dieser Einlage keine Schmerzen mehr auf, so wird sie durch eine Metalleinlage ersetzt. Die weitere Behandlung besteht in heilgymnastischen Prozeduren. Bei konkretem Plattfusse muss vor dem Tragen der Einlage die Entzündung durch Bettruhe und kalte Umschläge oder solche mit Burowscher Lösung behoben werden. Der fixierte Plattfuss muss zuerst in Narkose langsam redressiert und in korrigierter Stellung in einem Gipsverbande fixiert werden. Nach 4—6 Wochen bekommt der Kranke einen Schienenhülsenapparat, welchen er längere Zeit tragen muss.

Dr. Haudek empfiehlt für Fälle, bei welchen trotz der Einlage die Plattfussschmerzen fortbestehen, die Versteifung der Schuhsohle durch eine Eisenschiene.

Dr. Lange (München) lässt Plattfusseinlagen aus Gurten herstellen, die mit Acetonzelluloid bestrichen und durch Draht verstärkt werden. Die Anfertigung geschieht auf einem Gipsmodell und erfordert viel Übung und Erfahrung. Die Erfolge sind symptomatisch günstig, die Beschwerden verschwinden. Aber auch anatomische Besserung lässt sich bei jahrelangem Tragen nachweisen.

Digitized by Google

Dr. Müller empfiehlt eine Plattfussoperation, die in der Ablösung der Sehnen des Tibialis anticus von ihrer Insertion und Einpflanzung in einen Kanal des Os naviculare besteht und die er bis jetzt 13 mal (an sieben Patienten) ausführte. Müller führt einen bogenförmigen Schnitt entlang des Randes des Fussgewölbes, von hinten unterhalb des Innenknöchels beginnend, bis an die Basis des 1. Metatarsus. Im vorderen Teil der Wunde wird die Insertionsstelle des Tibialis anticus durchtrennt und bis zur Fussgelenksgegend isoliert, darauf die untere Fläche des Fussgewölbes ca. 1 cm nach auswärts freigelegt und nun ein bleistiftdicker Trepan von unten nach oben und etwas nach hinten durch das Os naviculare durchgebohrt, die Sehne mit einer Fadenschlinge durch diesen Kanal gezogen und (nachdem das Fussgewölbe möglichst in die Höhe gedrängt) angezogen, ihr Ende um die Innenfläche des Os naviculare nach oben herumgeschlungen und in dieser Lage mit Drahtnähten an den Knochen fixiert, so dass das Fussgewölbe wie durch einen Zügel in die Höhe gehalten wird. Nachbehandlung 4 Wochen mit Gipsverband, dann Massage und Widerstandsbewegungen und bald vorsichtige Gehübungen (aber nur mit Plattfusssohlen, die erst wegbleiben, wenn die Muskeln wieder genügend erstarkt sind). Die Operation ist besonders in den Fällen gerechtfertigt, in denen ein scharfes kulissenartiges Vorstehen der Tib. ant. schon in der Fussgelenksgegend bei Belastung des Fusses auffällt.

Dr. Howorka und Dr. Haudek über die heutigen therapeutischen Hilfsmittel bei der Plattfussbehandlung in der Gesellschaft der Ärzte in Wien (Med. Woche Nr. 5). — Neue Plattfusseinlagen aus Zelluloidstahldraht von Dr. Lange (Münch. med. Wochenschr. Nr. 7). — Sehnentransplantation und Verhalten der Sehnen beim Plattfusse von Dr. Müller (Zentralbl. f. Chir. Nr. 1 u. 2).

Pleuritis. Dr. Achard und Dr. Grenet haben bei Pleuritis die Injektion sterilisierter Luft versucht. Unter sechs Fällen von Pleuritis serofibrinosa haben sie nur einmal (bei unkompensiertem Herzfehler) ein Rezidiv erlebt, bei einem Falle von wiederholter Pleuritis, jedoch kein Rezidiv mehr, während bei hämorrhagischer Pleuritis infolge von Karzinom, bei chyliformer Pleuritis und bei eitrigtuberkulöser das Rezidiv nicht mehr verhindert werden konnte. Ein ganz bestimmtes Resultat wurde jedoch insofern immer erzielt, als die Luftinjektion die Erscheinungen von Kompression unterdrückte und daher eine reichliche Entleerung des Exsudates ermöglichte. Die Menge der einzuspritzenden Luft — Verfasser verlangen, dass bei jedem Apparat zur Thorakocentese die einfache Vorrichtung zur Luftinjektion (verengte Glasröhre) enthalten sei — sollte etwas geringer sein, als die der entleerten Flüssigkeit. Bei der tuberkulösen Pleuritis kann die Luftinjektion dadurch, dass sie reichliche Flüssigkeitsentleerung ermöglicht, eine längere Entfieberung und ein Stadium beträchtlicher Besserung bewirken, ferner erleichtert sie unter gleichzeitiger Zuhilfenahme der Radioskopie die oft schwierige Differentialdiagnose zwischen Pleuritis purulenta und Leberabszess. Schliesslich ist zu bemerken, dass die Luftinjektion bei Pleuritis nicht immer alle Symptome des Pneumothorax zur Folge hat: das amphorische und metallische Geräusch ist sehr häufig nicht vorhanden.

Dr. Nathan liefert Bericht über ein Empyemmaterial von 145 kranken Kindern. Die grösste Frequenz der Erkrankung liefert das 1. Lebensjahr, ebenso auch die grösste Mortalität; in diesem Alter wendet man vorteilhafter primär nur Punktion und Aspiration an, womöglich unter leichter Narkose; Rippenresektion ist nachzuholen, wenn nötig. Bei der späteren Nachuntersuchung der Geheilten fand sich vorwiegend guter Allgemeinzustand, normaler Lungenbefund, aber sehr häufig ausser dem Rétrécissement thoracique eine nach der operierten Seite konvexe Skoliose, auf welche also frühzeitig nach Empyemoperation und -Heilung zu achten ist.

Dr. Achard und Dr. Grenet über Insufflation sterilisierter Luft bei Pleuritis in der Société médicale des hôpitaux zu Paris (Münch. med. Wochenschr. Nr. 23). — Beiträge zur Behandlung der Empyeme im Kindesalter mit besonderer Berücksichtigung der Folgezustände von Dr. Nathan (Arch. f. Kinderheilk. 36. Bd. 3. H. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 28).

Digitized by Google

Pneumonie. Dr. Tizzoni und Dr. Panichi (Bologna) führen aus, dass die Unzulänglichkeit und die Unbeständigkeit der Resultate, die man bisher bei der Vaccination gegen den Fränkelschen Pneumococcus und bei der Darstellung des diesbezüglichen Heilserums erzielt hat, hauptsächlich von den mangelhaften Kulturmaterialien abhängen. Die Verfasser bedienen sich spezieller Nährsubstrate, welche nicht als Toxika einwirken, wie dies bei den Organen und Geweben von Tieren, welche an einer Pneumokokkeninfektion gestorben sind, der Fall ist. Die Nährsubstrate, deren sie sich bedienen, werden von den Tieren bei endovenöser Injektion leicht vertragen und gestatten dem Keim, grosse Mengen von giftigen Substanzen hervorzubringen, welche hinsichtlich ihrer Konstitution denjenigen identisch sind, welche der Krankheitskeim im Tierkörper hervorbringt. Bei der Vaccination gebrauchen die Autoren subkutane und endovenöse Injektionen mit der filtrierten Flüssigkeit von Kulturen in gewöhnlicher oder spezieller Brühe; wenn die Autoren jedoch ein wenn auch nicht besonders starkes Serum erzielt haben, so ziehen sie die gemischte Methode der gleichzeitigen Injektion von Serum mit der Kultur in spezieller Brühe, und zwar in zwei verschiedene Venen. Es wird hierauf in regelmässigen Zwischenräumen von zehn bis zwölf Tagen eine endovenöse Injektion der Kultur in spezieller Brühe vorgenommen. Der Aderlass wird gleichfalls zehn bis zwölf Tage nach der letzten Injektion ausgeführt. Wenn man das auf diese Art erzielte Serum untersuchte, so zeigte es sich von starker Wirkung sowohl bei Vergleichsexperimenten, als auch bei kurativen Versuchen. Der Effekt der Serotherapie zeigte sich vor allem in der Temperatur, welche bei hinreichenden Dosen von Serum definitiv zur Norm herabsank und bei nicht hinreichenden Dosen sekundäre Steigerungen zeigte (sekundäres Fieber); in solchen Fällen bewirkten neue Injektionen eine prompte Rückkehr zur Norm. Das Körpergewicht erlitt bei hinreichenden Dosen von Serum keine Veränderungen; bei geringeren Dosen bot es leichte und vorübergehende Herabsetzungen dar, welche fürs Gewöhnliche von vorübergehenden, nervösen Phänomenen begleitet waren (Spasmus eines oder mehrerer Gelenke). Die lokale Infiltration schritt langsam vor, wenn die Dosen Serum nicht hinreichend waren, oder wenn deren immunisierende Kraft keine sehr beträchtliche war; sonst hielt sie plötzlich inne und schritt rapid vor. Die endovenösen Injektionen zeigen eine viel grössere Wirksamkeit, als die subkutanen Injektionen, auch wenn letztere in dem Infektionsherde vorgenommen werden. Das durch die Impfungen der Tiere mit dem Fränkelschen Pneumococcus (die gewöhnliche Varietät) erzielte Serum besitzt eine kurative Wirkung gegen das Virus der neurotoxischen Varietät, während das Serum der letzteren gegen das Virus der ersteren keine Kraft besitzt. Verfasser gelangen zum Schlusse, dass das Serum selbst nicht direkt die Bazillen tötet, sondern sie in einen Zustand versetzt, in welchem sie dem Tiere keinen Schaden mehr bringen und in welchem sie allmählich von den Naturkräften zerstört werden.

Dr. Nešpor berichtet über 92 Fälle von croupösen, katarrhalischen und Influenzapneumonien, welche unter Anwendung sehr einfacher hydriatischer Methoden behandelt wurden und von welchen im ganzen drei starben. Die Behandlung besteht in der Anwendung von Kreuzbinden und Teilabreibungen. Letztere werden so vorgenommen, dass der Patient nur an jenem Körperteile entblösst wird, der abgerieben werden soll. Die entblössten Körperteile werden dann nacheinander mit einem in kaltes Wasser getauchten und gut ausgewundenen Handtuche bedeckt (eingehüllt) und wird über demselben so lange frottiert, bis der betreffende Körperteil warm gerieben ist. Hierauf wird der Körperteil trocken frottiert, eingehüllt und ein anderer Körperteil entblösst und ebenso behandelt. Ein und derselbe Körperteil kann auch 3—4 mal hintereinander abgerieben werden, wenn die hohen Temperaturen einen kräftigeren thermischen Reiz, eine stärkere Wärmeentziehung erheischen. Nach den Ansichten des Autors entspricht eine Teilabreibung, viermal an jedem

Digitized by Google

Körperteile vorgenommen, in ihrer Wirkung auf Temperatur, Puls und Gefässtonus einem Bade von 24—22° R von 8 Minuten Dauer. Die Teilabreibungen werden je nach Bedarf mehrmals täglich bis viermal angewendet, was von der Temperatur und den Zirkulationsverhältnissen abhängig ist. Letztere indizieren ebenso, vielleicht noch eher die Wiederholung der Teilabreibung wie die Temperatursteigerung. Die Prozedur wird von den Patienten als angenehm und sehr erfrischend bezeichnet und in vielen Fällen ihre Wiederholung geradezu gewünscht. In der Zwischenzeit erhalten die Patienten Kreuzbinden oder Stammumschläge, bei schlechtem Puls den Kühlschlauch auf die Herzgegend.

Bettruhe und Fieberdiät, nur bestehend aus Milch und Beeftea, sind nach Dr. Duckworth die ersten Massnahmen, die man bei einem Pneumoniekranken anzuordnen hat. Hohe Temperaturen sollten tunlichst nicht durch Antipyretika bekämpft werden, sondern durch Abwaschungen mit Eiswasser und eventuelle Applikation von Eisbeuteln auf den Kopf, in die Achselhöhle und zwischen die Schenkel. Führen auch diese Massnahmen nicht zum Ziele, so gebe man Chinin alle zwei bis drei Stunden 0,3 g, bis die Temperatur heruntergeht. Dazu verordnet man für die nächsten Tage noch eine Fiebermixtur und verfolgt nun sorgsam durch tägliche Untersuchung den Verlauf der Krankheit. Delirieren die Kranken oder besteht nervöse Schlaflosigkeit, so sieht man von kleinen Gaben Morphium Nutzen, die aber gleichzeitig mit Hoffmannstropfen zusammen gegeben werden sollen, damit das Herz angeregt wird. Dem Nachlassen der Herzkraft ist grösste Aufmerksamkeit zu widmen; bei Überfüllung des Lungenkreislaufes und cyanotischen Erscheinungen wirkt ein Aderlass von 200—350 g oft ausgezeichnet. Gegen die Schmerzen, die durch begleitende pleuritische Erscheinungen verursacht werden, ist die Applikation von zwei bis drei Blutegeln nützlich. Beginnt der Puls unregelmässig und klein zu werden, so lasse man etwa 10 Minuten lang Sauerstoff inhalieren, eine Anordnung, mit der man aber nicht zu lange zögern darf. Besser als Digitalis wirken zur Hebung der Herzkraft subkutane Strychnin-Einspritzungen. Auch den Moschus hat Duckworth bei der Pneumonie schätzen gelernt. In Verbindung mit Hoffmannstropfen wirkt die Moschustinktur, wenn man die Darreichung in kurzen Intervallen wiederholt, ausgezeichnet.

Dr. Pelzl (Budapest) berichtet über weitere 30 Fälle von croupöser Pneumonie, die er mit Pilokarpin behandelt hat. Die Anwendung des Mittels geschah in der Form, dass durch einmalige innerliche Verabreichung von 20 Tropfen einer 1%igen Lösung eine mächtige Diaphorese verursacht wurde. In der Regel wurde das Diaphoretikum erst am zweiten Behandlungstage verabreicht, nachdem am ersten Behandlungstage Digitalis verordnet worden war, wenn der Puls nicht ohnehin kräftig und voll war. Es geschah dies einerseits vorsichtshalber, um eventueller Herzadynamie vorzubeugen, andererseits aber, um durch die gesteigerte Herztätigkeit die diaphoretische Wirkung zu erhöhen. Die Erfolge waren überaus befriedigende. Der günstige Einfluss der Pilokarpinbehandlung auf das Krankheitsbild offenbarte sich fast allgemein darin, dass schon während der Diaphorese ein Temperaturabfall von ca. 1° und subjektives Besserbefinden eintrat. Letzteres hielt an, auch wenn die Temperatur noch einmal wieder anstieg. Für Erwachsene hat sich die Pilokarpinbehandlung der croupösen Pneumonie nach Verfassers Erfahrungen aufs beste bewährt.

In einem typischen Falle von croupöser Pneumonie hat Dr. Krone 0,004 Natrium cinnamylicum (Hetol) intravenös injiziert. Die Krisis trat am Abend darauf ein. Durch diese Erfahrung ermutigt, wurden weitere vier Fälle, davon drei mit Sicherheit noch im ersten Stadium befindliche, so behandelt. Es konnte durchwegs günstige Wirkung, Abnahme des Fiebers, Beruhigung der Atmung, Kräftigung des Pulses festgestellt werden. Ein Fall verlief dennoch, infolge seniler Herzschwäche, letal. Die weiteren, auf 14 Fälle sich beziehenden Beobachtungen bestätigten die Erfolge: jedesmal ging

Digitized by Google

nach der Einspritzung die Entzündung leicht und glatt zurück. Das Hetol wirkt also, obzwar selbst entzündungserregend, der pneumonischen Entzündung im Anfangsstadium entgegen, setzt das Fieber herab, bewirkt leichtere Lösung und verhindert so das Aufkommen der so verderblichen Allgemeininfektion durch die Pneumonieerreger.

Bei der croupösen Pneumonie im Kindesalter empfiehlt Dr. Coutts (London) folgendes Verfahren. Im allgemeinen muss man die Kinder in einem Zimmer mit guter Luft im Bett halten, bei einer Temperatur von etwa 18° C, und für gute Diät sorgen. Die Diät darf nicht zu reichlich sein, da ja auch der Magendarmkanal geschwächt zu sein pflegt. Auch reichlicher Schlaf ist wohltätig, man darf also kein Kind etwa wecken, um ihm etwas zu essen zu geben. Dagegen empfiehlt sich reichliche Darreichung von kaltem Wasser (nicht Milch!), während Alkohol nur in einzelnen wenigen Fällen indiziert erscheint. Im speziellen kommt es nun darauf an, exzessive Temperaturen zu erniedrigen, Schmerzen zu beheben, für Schlaf zu sorgen und der rechten Herzhälfte die Arbeit zu erleichtern. Die Erniedrigung der Temperatur wird von einigen Autoren für verkehrt gehalten. Verfasser glaubt, dass ein aktives Eingreifen erforderlich sei, sobald die Temperatur 40,3° C überschreitet. Verfasser verordnet in solchen Fällen zunächst Opium, um das Nervensystem zu beruhigen. Wenn aber infolge von Erschöpfung Hyperpyrexie mit Schlaflosigkeit kombiniert ist, begleitet von hochgradiger Unruhe, Trockenheit im Munde und Durstgefühl, so ist Opium streng kontraindiziert und, nach des Verfassers Meinung, Alkohol zu empfehlen. In anderen Fällen erreicht man eine Temperaturerniedrigung durch Kälteapplikationen auf die ganze Körperoberfläche oder intern im Rektum, ferner auch durch Antipyretika. Zur Erleichterung der Schmerzen genügt oft eine einzige Dosis Opium. Wenn der Schmerz durch eine Entzündung der Pleura hervorgerufen ist, hält Verfasser das Ansetzen von einem oder zwei Blutegeln auf die befallene Seite für wertvoll. Schröpfköpfe oder Eisumschläge bringen Gefahren mit sich. In leichteren Fällen genügt ein Senfpflaster. Schlaflosigkeit ist meist von Hyperpyrexie oder akutem Schmerz begleitet, und hört mit deren Beseitigung auf. Manchmal hängt sie mit Obstipation zusammen, dann ist Kalomel oder ein warmes Klysma indiziert. Herzstörungen beruhen vielfach auf mechanischer Dilatation des rechten Ventrikels oder auf degenerativen Veränderungen des Herzmuskels, die durch ein spezifisches Toxin bedingt sind, oder auch auf der den Herzmuskel mitergreifenden allgemeinen Muskelschwäche des Körpers. Häufig wirken mehrere dieser Ursachen zusammen. Hier muss man durch Alkohol stimulierend wirken, daneben kann man auch Äther und Ammoniak anwenden. Andere Medikamente, darunter auch Digitalis, haben sich dem Verfasser nicht bewährt, nur Strychnin kommt noch in Betracht, das eventuell subkutan gegeben werden kann. Bei starker Sekretion wird es vorteilhaft mit Belladonna kombiniert. Wenn alle diese Mittel versagen, sollte man Blut entziehen, um das Herz ein wenig zu entlasten. Phlebotomie ist nicht zu empfehlen, nötigenfalls schneidet Verfasser die Arteria dorsalis pedis an, sonst genügen Blutegel. Daneben empfiehlt sich Sauerstoffinhalation. Von Komplikationen ist die häufigste eine seitens des Mittelohrs, namentlich bei ganz kleinen Kindern. Der dort befindliche Eiter enthält zahlreiche Pneumokokken. Daneben bestehen vielfach Symptome einer beginnenden Meningitis. Die Therapie besteht im Ansetzen von Blutegeln hinter dem Ohr oder einer Inzision in die Ohrhaut mit dem Tenotomiemesser. Die Pleura ist so häufig ergriffen, dass man schon die Krankheit direkt als Pleuropneumonie bezeichnen wollte. Häufig findet sich ein seröser pleuritischer Erguss, doch ist er nicht immer nachweisbar. So gross, dass eine Aspiration erforderlich wird, ist die Menge des Exsudats selten. Häufiger noch sind Empyeme, deren frühzeitige Diagnose und Behandlung von grosser Wichtigkeit ist. Etwa 90% aller Empyeme bei Kindern beruhen auf Pneumonie und nicht auf Tuberkulose. Ist die Diagnose des Empyems

Digitized by Google

sicher gestellt, so muss aspiriert werden, wenn die Eltern einen energischeren Eingriff nicht gestatten. Wenn aber durch zweimalige Aspiration noch keine Heilung erzielt ist, muss unter allen Umständen der Thorax eröffnet werden. Resektion der Rippen hält Verfasser aber nur bei älteren Kindern für empfehlenswert, bei jüngeren ist eine einfache Inzision vorzuziehen.

DDr. Tizzoni und Panichi über Vaccination. Immunität und Serotherapie gegen den Fränkelschen Pneumococcus in der Reale Academia delle scienze zu Bologna (Med. Woche Nr. 28). — Zur Behandlung der Pneumonie von Dr. Nešpor (Blätter f. klin. Hydrother. Nr. 1). — Die Behandlung der Pneumonie von Dr. Duckworth (Ärzt. Rundschau. — Medico Nr. 52). — Weitere Beobachtungen über die Pilokarpinbehandlung der croupösen Pneumonien von Dr. Pelzl (Wien. med. Presse. — Medico Nr. 40). — Behandlung der fibrinösen Pneumonie mit Hetolinjektionen von Dr. Krone (Münch. med. Wochenschr. Nr. 9). — Über Behandlung der croupösen Pneumonie im Kindesalter von Dr. Coutts (Edinb. med. Journ. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 30).

Pneumothorax. Dr. v. Schrötter jun. (Wien) berichtet über Versuche zur Heilung des geschlossenen, insbesondere traumatisch entstandenen Pneumothorax, von der Ansicht ausgehend, dass die in den Pleuraraum ausgetretene, zumeist aus Stickstoff bestehende Luft nur sehr schwer resorbiert werden kann und demgemäss auch im übrigen günstig sich gestaltende Fälle unter der langen Resorptionsdauer des Pneumothorax leiden. Könnte man die ausgetretene Gasmasse durch eine solche ersetzen, welche rasch resorbiert wird, so könnte ein beschleunigter Rückgang des Pneumothorax, eine rasche Wiederausdehnung der kollabierten Lunge erreicht werden. Autor machte daher bei einem an Tuberkulose leidenden Kranken mit Pneumothorax den Versuch, das in der Pleurahöhle angesammelte Gas zu entfernen und dasselbe gleichzeitig durch Sauerstoff (Injektion von einem Liter) zu ersetzen. Wenn das Verfahren auch in dem vorliegenden Falle ohne günstigen Einfluss war, so empfiehlt Verfasser doch das Verfahren in Fällen von frischem traumatischem Pneumothorax mit geschlossener Kommunikation zu versuchen.

Dr. v. Schrötter jun. über Therapie des Pneumothorax auf dem internationalen medizinischen Kongresse zu Madrid (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 22).

Prostatakrankheiten. Bei Prostatahypertrophie spricht Prof. Casper (Berlin) einer im wesentlichen palliativen Therapie das Wort. Er unterscheidet Prostatiker mit und ohne Restharn. Letztere werden nur lokal behandelt, wenn Cystitis besteht, erstere mit regelmässiger Blasenkatheterisation oder in ausgesprochenen Fällen von Retention mittelst Dauerkatheter. Hier ist grosse Vorsicht am Platze, da sekundäre Cystitis sich nur selten vermeiden lässt. Trotzdem sind die Erfolge gut. Von 51 so behandelten Patienten wurden 2 geheilt, 34 erheblich gebessert, 8 blieben unbeeinflusst. Die Bottinische Operation ist nur bei chronischer Retention indiziert. Dreimal hat dieselbe zur völligen Heilung geführt, 9 Fälle wurden gebessert, in 11 Fällen blieb die Operation ohne Erfolg, in 3 Fällen auch nach Wiederholung der Operation. 4 Patienten starben nach der Operation. Sie ist insbesondere dort indiziert, wo es sich um Schrumpfblase handelt oder der Katheterismus schwierig ist. In einigen Fällen wurde den Patienten grosse Erleichterung durch einen mit Klemme versehenen Dauerkatheter verschafft, wobei die Blase täglich zweimal mit Arg. nitr. (1 : 4000) ausgespült wurde. Verfasser wendet diese Palliativtherapie besonders gern deshalb an, weil die Gefahren der Bottinioperation (Blutung, Sepsis) nicht zu unterschätzen sind. Ausser der Bottinischen Operation führt Verfasser nur noch die Vasektomie aus, alle übrigen Radikaleingriffe perhorresziert er als zu gefährlich und nutzlos.

Im Gegensatz hierzu plädiert Dr. Bransford Lewis besonders in schweren Fällen für eingreifende operative Behandlung des Leidens und bemüht sich für jedes der empfohlenen Verfahren besondere Indikationen aufzustellen. Die Sectio alta mit Exstirpation des in die Blase hineinragenden Prostatalappens empfiehlt er vor allem bei besonders starker Entwickelung des mittleren oder der seitlichen Lappen, sowie dort, wo es sich um

Digitized by Google

gestielte Mittellappen handelt. Die perineale Prostatektomie eignet sich besonders bei diffuser Vergrösserung der Lappen, zumal wenn die Tumorbildung vom Rektum aus gut nachweisbar ist. Voraussetzung ist gutes Allgemeinbefinden der Patienten. Ist dies nicht der Fall, so ist die Bottinische Operation indiziert. Die besten Erfolge hat sie bei medianer oder auch zirkulärer Hypertrophie der Drüse (Halsbandbildung). Man soll jedoch nicht warten, bis erst Kräfteverfall eintritt, sondern schon dann operieren, wenn dauernder Katheterismus für die Patienten notwendig wird.

Nach Prof. Rovsing kommen bei der chirurgischen Behandlung der Prostata-Hypertrophie in erster Linie die Resektion der Samenstränge, oder aber die Kastration in Frage. Aber auch sie ist erst indiziert, falls sich die Katheterbehandlung nicht bewährt. Letztere ist sowohl bei akuter wie chronischer, bei kompletter wie inkompletter Harnretention zuerst zu versuchen. Trotzdem übt Verfasser auch die anderen eingreifenderen Operationsmethoden. Er empfiehlt bei lange vergeblich mit Katheter behandelten Patienten und bei starkem Residualharn die partielle Prostatektomie, ja in Fällen, in welchen es sich um schwere Kathetercystitis handelt, sogar die provisorische Cystostomie mit gleichzeitiger Vasektomie. Bei chronischen Retentionen ohne Komplikationen empfiehlt Verfasser die Cystostomie bei armen Patienten, da diese nicht in der Lage sind, auf die Dauer den für den aseptischen Katheterismus nötigen Komfort sich zu sichern, sonst die regelmässige Katheterbehandlung. Die Bottinische Operation hält Verfasser für nicht ungefährlich. Er wendet sie nur in Ausnahmefällen an. Die statistischen Mitteilungen Verfassers beziehen sich auf 126 Patienten. Bei ihnen wurde zunächst ausnahmslos die Katheterbehandlung durchgeführt (10 Heilungen, 10 Besserungen, 91 unveränderte Fälle, 15 Verschlechterungen, 10 Todesfälle). 40 der nicht geheilten Patienten wurden später dauernd mit Katheter behandelt, 75 wurden verschiedenen Operationen unterworfen. Verfasser führte aus: 5 mal Kastration (3 geheilt), 40 Vasektomien (27 Heilungen, 9 Besserungen, 4 unbeeinflusst), 14 Bottinioperationen (nur 2 Heilungen, 5 Besserungen, 6 Verschlimmerungen, 1 Todesfall).

Dr. Freudenberg (Berlin) veröffentlicht, um ein objektives Urteil über das, was man mit der Bottinischen Operation in der Behandlung der Prostatahypertrophie leisten kann, zu ermöglichen, die ausführlichen Krankengeschichten einer Serie von 25 Fällen, ohne jede Auswahl und in der Reihenfolge zusammengestellt, wie sie ihm zur Operation kamen. Die 25 Fälle ergaben 24 „gute Resultate", und zwar 20 Heilungen (von denen allerdings 4 nach Ablauf eines Jahres Rückgang auf wesentliche Besserung zeigten) und 4 wesentliche Besserungen. Nur ein Fall war ein Misserfolg. Ein Todesfall fand sich in dieser Serie überhaupt nicht. Freudenberg betont, dass derartige Erfolge bisher mit keiner anderen Operationsmethode bei der Behandlung der Prostatahypertrophie erzielt worden sind, dass aber freilich eine nur durch eifriges und liebevolles Studium zu gewinnende Beherrschung der Technik und eine gewisse Erfahrung mit der Operation nötig sind, um solche Erfolge zu erzielen.

Dr. Arloing (London) hatte Gelegenheit, bei zwei Fällen, wo die Bottinische Operation wegen Prostatahypertrophie gemacht wurde, 15 resp. 7 Monate nach derselben den autoptischen Befund zu erheben, und konnte konstatieren, dass der Einschnitt und somit die leichte Durchgängigkeit der Harnröhre bis zum Lebensende bestehen blieb. Der Erfolg der Operation ist somit ein zweifelloser gewesen und macht die Einwände, welche die Gegner der Bottinischen Inzision erheben (es würde bald darauf umfangreiche Vernarbung der gesetzten Wunde, erneute Verengerung der Harnröhre und Behinderung des Harnabflusses eintreten) zum Teil wenigstens hinfällig.

Dr. Vogl (Bonn) veröffentlicht eine kasuistische Mitteilung, die den Zweck verfolgt, vor Ausübung des Bottinischen Verfahrens bei leerer Blase eindringlichst zu warnen. Die Gefahr besteht darin, dass die leere Blase sich naturgemäss in Falten zusammenlegt und man niemals sicher sein kann, dass man

Digitized by Google

nicht bei Drehung des Instruments nach der Prostata hin eine dieser Falten mitfasst und dann natürlich auch mit einschneidet.

Über die Totalexstirpation der hypertrophischen Prostata berichtet Dr. Zuckerkandl (Wien). Der Operationsmethode liegt die Tatsache zu grunde, dass die hypertrophierte Drüse konstant intrakapsulär aus ihrer Verbindung mit der Nachbarschaft gelöst werden kann. Zuckerkandl beschreibt den von ihm zur Erreichung dieses Zweckes gewählten Weg: prärektaler Bogenschnitt, Abdrängen der vorderen Mastdarmwand, übersichtliche Darstellung der Drüse innerhalb ihrer Kapsel, Spaltung der letzteren, Eröffnung der Harnröhre im prostatischen Teile, Enukleation der Drüse durch allmähliches Hervorziehen, möglichst stumpfes Abtragen der Lappen, Naht der Urethra mit Verkürzung der Prostatakapsel, Einlegen eines Verweilkatheters. Die Blutung bedingt keine Gefahr. In allen operierten acht Fällen wurde wieder spontane Harnentleerung erreicht, die Heilungsdauer betrug 3—4, in Ausnahmefällen 7—8 Wochen. Als Indikationen des operativen Verfahrens stellt Verfasser auf: chronische komplette Harnverhaltungen der Prostatiker, inkomplette Form der Retention, wenn diese quälende lokale Erscheinungen mit sich bringt und öfter komplett wird, sehr schwieriger Katheterismus, endlich Kombination mit Blasenstein. Die Entfernung der letzteren gelingt in vielen Fällen bei der beschriebenen Operation sehr gut. Schlimme Erfahrungen hat Verfasser mit der Methode gemacht, die Prostata auf dem Wege des suprapubischen Blasenschnittes zu entfernen; er verlor die beiden Operierten durch Sepsis, auch ist die Nachblutungsgefahr sehr gross.

Aus der Heidelberger Klinik berichtet Dr. Voelcker über die Behandlung der Prostatahypertrophie durch perineale Prostatektomie. Von 11 Operierten sind 2 gestorben, 1 Fall ist noch in Behandlung, 4 sind einwandfrei geheilt und weisen eine gute Blasenfunktion auf, 1 hat eine Urinfistel am Damm und 2 weisen eine Kommunikation zwischen Harnröhre und Mastdarm auf, die jedoch die Patienten nicht besonders belästigen soll. In dem letzten Fall, in dem Prostata samt Kapsel entfernt war, ist eine Stenose eingetreten. Verfasser glaubt, dass durch weitere Ausarbeitung der Technik und schärfere Beachtung der Kontraindikationen, z. B. Schrumpfniere, Myokarditis, Arteriosklerose etc., die Operationsresultate sich in Zukunft werden verbessern lassen.

Dr. Thomson beschreibt fünf Fälle von Enukleation der Prostata von einem hohen Blasenschnitt aus. In vier Fällen trat völlige Heilung mit Verschwinden der Beschwerden auf, ein Fall starb. Verfasser bespricht die einzelnen Methoden und kommt zu dem Schlusse, dass die suprapubische die sicherste ist.

Die totale perineale Prostatektomie führte auch Dr. Nicolich (Triest) in einem Falle von Prostatahypertrophie aus. Am 15. Tage nach der Operation, deren wesentlichste Teile in der Freilegung der hinteren Wand der Drüse und ihrer nachherigen Exstirpation bestehen konnte Patient spontan urinieren, der Harn wurde klar, das Miktionsbedürfnis schränkte sich ein und die Blase konnte vollständig entleert werden. Die Bottinische Operation soll durch diese operative Methode in ihrer Wirksamkeit übertroffen werden. Hinsichtlich der Indikation zu dem Eingriff ist zu bemerken, dass viele Fälle kompletter Harnverhaltung auch durch regelmässiges Katheterisieren ausheilen.

In einem Falle von seniler Prostatahypertrophie, in welchem eine radikale Operation nicht ausführbar war, machte Dr. Hock (Prag) die Sectio alta als Palliativverfahren und erzielte dadurch guten Erfolg. An Stelle der sonst verwendeten Cystostomie, das heisst der Vereinigung der Ränder der eröffneten Blase mit den Rändern der Bauchwunde durch ca. sechs Nähte, wurde — im Anschlusse an eine Empfehlung Rovsings — einfach nach Eröffnung der Blase ein Pezzer-Katheter in die Blasenwunde eingelegt, und um den Abfluss des Harns noch mehr zu sichern, ein zweiter Pezzer-Katheter in die Harnröhre eingelegt. Die Anwendung einer Naht wurde dadurch vollkommen überflüssig. Selbst am ersten Tage blieb die Wunde eigentlich voll-

Digitized by Google

kommen trocken, da der Harn durch die beiden Katheter gut abgeleitet wurde. Hock glaubt, dass ein solches Vorgehen von besonderem Belang ist bei einer Operation, die man fast immer an alten, kachektischen Leuten vorzunehmen gezwungen ist, und dass es daher in ähnlichen Fällen dringend empfohlen zu werden verdient. Eine weitere Herabminderung des Operationsshocks erreicht man durch Verwendung der Lokal-Anästhesie.

Dr. Hale lässt Prostatiker, deren Blase suffizient ist, in Knieellenbogenlage mit stark erhöhtem Steiss urinieren. Es empfiehlt sich, diese einfache Massnahme systematisch zu versuchen, ehe man zu energischeren Prozeduren schreitet.

Die beiden Grade der Massage, nämlich die „Petrisage" (Kneten, Walken) und „Effleurage" (Streichen) können nach Dr. Orlipki (Halberstadt) auch in der Prostata eine dem Körper dienliche Wirkung enthalten. Je nachdem man das Organ knetet oder streicht, dient man zwei wohl gesonderten Indikationen. Das „Kneten" oder „Walken" hat die allgemein bekannte Indikation der Entlastung des Organs von dem oft giftigen kokkenhaltigen Inhalt: es ist die allenthalben bekannte und gewünschte Prostatamassage zu therapeutischen und diagnostischen Zwecken. Das „Streichen" dagegen dient hauptsächlich der sogenannten inneren Sekretion der Drüse, bezw. ihrer Aufbesserung. Die Indikationen für die Effleurage der Prostata sind: a) therapeutisch: Neurasthenien, besonders sexuelle, aber auch andere, und Anämien (Diabetesanämie, Syphilisanämie); b) prophylaktisch: z. B. zur Verhütung von Quecksilberanomalien bei wegen Syphilis notwendigen Quecksilberkuren.

Als Hauptgebiet für die Massage der Prostata kommt nach Dr. Goldschmidt (Berlin) der Catarrhus glandularis, die Prostatitis parenchymatosa im Resolutionsstadium und die follikuläre Entzündung, nachdem sie in Erweichung übergegangen ist, in Betracht. Bei jeder dieser drei Formen bezweckt man mit der mechanischen Therapie, dass Sekret- oder Entzündungsreste, die an irgend einer Stelle deponiert sind oder stagnieren, fortgeschafft werden; neben dieser Entfernung fremdartiger Massen aus der Prostata werden aber wahrscheinlich zugleich reaktive Vorgänge in dem Organ ausgelöst, und auf diesen beiden Momenten zusammen beruht dann der Erfolg der Massage. Bezüglich der Technik der Prostatamassage ist folgendes zu bemerken: Man kann die Massage vornehmen, indem der Kranke in gebückter Stellung sich befindet, und das Gesäss nach hinten herausdrückt, doch ist diese Methode am wenigsten zu empfehlen, zumal bei Patienten, welche die Prozedur etwas angreift. Besser ist es, die Steissrückenlage einnehmen zu lassen mit an den Körper gezogenen Knieen. Die Position bietet zugleich den Vorteil, das Sekret, welches sich dabei am Orificium externum bemerkbar macht, bequem auffangen zu können. In Fällen, wo man bei vergrösserter Prostata möglichst hoch ins Rektum mit dem Finger hinaufreichen will, um die Basis der Drüse zu erreichen, hat sich die Knieellenbogenlage als sehr praktisch erwiesen. Die Massage selbst führt man mit dem Zeigefinger meist der linken Hand aus, den man vorher gut einfettet und unter leise drehenden Bewegungen durch die Afteröffnung einführt, nachdem man vorher die Analhaare sorgsam beiseite geschoben hat. Die Bewegungen des Fingers sollen zirkuläre und longitudinale sein, dabei muss man auf die weichen Stellen einen Druck ausüben, da hier das stagnierende Sekret sitzt, das man ja entfernen will, während die harten narbigen Partien durch sanftes Streichen nach und nach weicher gemacht werden sollen. Für Ärzte, welche ihre Finger nicht beschmutzen lassen wollen, empfiehlt es sich, dünne Fingercondoms überzuziehen, welche das Gefühl nicht beeinträchtigen. Die Frage, wie häufig man massieren soll, lässt sich nicht allgemein beantworten, als Hauptgrundsatz muss aber das „Ne nimis" hier Geltung haben.

Die Prostatamassage ist nach Dr. Guépin nur dann indiziert, wenn der untersuchende Finger unter der Rektalschleimhaut dilatierte Drüsen, Cysten oder Knötchen tastet, die unter dem Fingerdrucke schwinden, ein Zeichen, dass sie

Digitized by Google

evakuiert sind. Der durch die Urethra entleerte Inhalt soll jedesmal mikroskopisch untersucht werden. Sind diese erweiterten Drüsen nicht tastbar, dann besteht Kontraindikation gegen die Massage.

Dr. Krüger teilt zwei Fälle mit, in denen nach der Prostatamassage Albumen im Urin auftrat. Verfasser empfiehlt deshalb, während der Massagekur öfters auf Eiweiss und Zylinder zu untersuchen, zumal bei nervösen Individuen.

Nach Dr. Desnos sind Heisswassereinläufe besonders bei Kongestionen und Entzündungen der Prostata am Beginne indiziert, sie sind wirksam bei Cystitis, akuter tiefsitzender Urethritis, welche Kongestion der nahe liegenden Prostata bewirkt; bei akuter Prostatitis ist die Wirkung der Heisswasser-Irrigationen oft eine wunderbare, fast immer macht die Entzündung Halt und geht in vielen Fällen, wo eine Eiterung drohte, zurück. Die Irrigationen unterdrücken oder vermindern wenigstens bedeutend den Schmerz oder die ausserordentlich unangenehmen Gefühle, welche die Prostatitis begleiten. Die Technik dieser Methode ist ausserordentlich einfach, wie bei den gewöhnlichen Einläufen; man wähle eine kurze Kanüle, deren Ende die hintere Fläche der Prostata berührt, die Temperatur soll 50° C und auch darüber betragen. Am Anfange gehe man ganz langsam vor, so dass die Flüssigkeit nur tropfenweise in den Mastdarm eindringt und die Einwirkung der Hitze auf die Prostata 12—15 Minuten anhält. Im allgemeinen macht man zwei Einläufe pro Tag, zuweilen wird bloss einer vertragen: in anderen Fällen können drei nötig sein. Bei chronischen Entzündungszuständen und venösen Kongestionen der Prostata sind diese Irrigationen nur von geringer Wirkung, bei jenen der Prostatahypertrophie eher kontraindiziert, ausser bei akuten Anfällen und drohender Abszessbildung.

Die Behandlung der Prostatahypertrophie von Prof. Casper (Berl. klin. Wochenschr. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 25). — Behandlung der Prostatahypertrophie von Dr. Lewis (Zentralbl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sex.-Org. 1. H. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 25). — Die Behandlung der Prostatahypertrophie von Prof. Rovsing (Zeitschr. f. Chir. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 25). — Meine letzte Serie von 25 Fällen der Bottinischen Operation bei Prostatahypertrophie von Dr. Freudenberg (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 14). — Die späteren anatomischen Resultate der Bottinischen Operation von Dr. Arloing (Arch. prov. de chir. 2. H. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 28). — Zur galvanokaustischen Behandlung der Prostatahypertrophie nach Bottini von Dr. Vogl (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 12). — Über die Totalexstirpation der hypertrophischen Prostata von Dr. Zuckerkandl (Wien. klin. Wochenschr. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 45). — Über die Behandlung der Prostatahypertrophie von Dr. Voelcker (Langenb. Arch. 71. Bd. — Ther. d. Gegenw. 12. H.). — Die operative Behandlung der Prostatahypertrophie von Dr. Thomson (Lancet. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 27). — Die totale perineale Prostatektomie zur Behandlung der Prostatahypertrophie von Dr. Nicolich (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 22). — Palliativbehandlung der Prostatahypertrophie mittelst Sectio alta von Dr. Hock (Prag. med. Wochenschr. Nr. 31). — Über Residual-Harn von Dr. Hale (New-York med. Journ. — Med. Blätter Nr. 13). — Über Effleurage und Petrissage der Prostata in Beziehung zu ihrer physiologischen Funktion von Dr. Orlipski (Monatsh. f. Med. 7. Bd. 10. H. — Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 7. Bd. 3. H.). — Die Massagebehandlung bei Erkrankungen der Prostata von Dr. Goldschmidt (Ärztl. Praxis. — Medico Nr. 39). — Indikationen für die Massage der Prostata von Dr. Guépin (Zentralbl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sex.-Org. 14. Bd 4. H.). — Prostatamassage und Albuminurie von Dr. Krüger (Münch. med. Wochenschr. Nr. 23). — Dr. Desnos über Heisswassereinläufe bei Prostataerkrankungen in der Société medico-chirurgicale zu Paris (Münch. med. Wochenschr. Nr. 45).

Protylin. Protylin ist nach Dr. Schärges eine Phosphoreiweissverbindung, der Klasse der Paranukleine zugehörig. Es ist ein gelblich-weisses Pulver, fast ohne Geruch und Geschmack, welches in Wasser unlöslich ist, von Alkalien gelöst wird und von Mineralsäuren beim Kochen unter Rot- resp. Blauviolettfärbung gespalten wird. Der Pepsinverdauung widersteht es, dagegen wird es von dem Pankreassekret verdaut. An das Protylinmolekül lassen sich leicht Halogene und Metalle anlagern; während das Eisenprotylin mit Ferrocyankalium und Salzsäure sofort die Eisenreaktion gibt, ist in dem Bromprotylin die Bromkomponente nicht direkt nachgewiesen, das Brom ist demnach in das Molekül eingetreten.

Indiziert ist die Verabreichung von Protylin in allen den Fällen, wo die peptische Verdauung versagt, ferner in

Digitized by Google

den Fällen, bei welchen die Zufuhr von assimilierbarem Phosphor die Neubildung von Zellen oder Nervensubstanz anregen soll, also bei Anämie und Hysterie. Dr. Gnezda hat in allen seinen an Prof. v. Leydens Klinik angestellten Versuchen Steigerung des Appetites und Zunahme des Körpergewichtes nach Protylindarreichung konstatieren können. Selbst bei schwerster Krebskachexie liess sich eine günstige Beeinflussung des Ernährungszustandes und der Psyche erzielen. Verabreicht wurde Protylin in Dosen bis zu 4 g dreimal täglich nach der Mahlzeit. Nach dem Gebrauch wurde die Phosphat- und ebenso, wenigstens in den ersten Tagen, die Indikanausscheidung im Urin vermehrt. Ausser Leibschmerzen, welche durch milde Abführmittel sich beseitigen lassen, wurden Nebenwirkungen nicht beobachtet. Wurde Bromprotylin gereicht, so liess sich Brom im Harn nicht nachweisen.

Über Protylin und organische Phosphorpräparate von Dr. Schärges (Pharm. Zentralh. Nr. 1. — Ther. Monatsh. 7. H.). — Über Protylin von Dr. Gnezda (Deutsche Ärzte-Ztg. Nr. 9. — Ther. Monatsh. 7. H.).

Psoriasis. Aus Dr. Unnas Klinik in Hamburg empfiehlt Dr. Dreuw folgende Salbenkomposition bei Psoriasis:

Rp.	Acid. salicyl.	10,0
	Chrysarobin	20,0
	Ol. Rusci novi	20,0
	Sapon. virid.	25,0
	Vaselin	25,0.

Die Salbe entfaltet zu gleicher Zeit keratolytische, antiseptische und spezifisch-antipsoriatische Wirkung und eignet sich insbesondere zur Entfernung vereinzelter, stark verdickter Psoriasherde und zur Beseitigung der letzten, manchmal jahrelang bestehenden Reste von Psoriasis. Die Anwendung geschieht in der Weise, dass morgens und abends die einzelnen Plaques mit einem Borstenpinsel überpinselt werden. Dies geschieht etwa drei bis vier Tage lang. Es bildet sich eine schwarze Schicht über dem Herd, die sich dadurch lockert, dass man den Herd mit Pasta zinc. sulfurata dick überstreicht (dreimal am Tage) und dann mit grüner Seife oder Benzinwatte die Stelle reinigt. Auf der gesunden Haut der Umgebung bleibt dann die schwarze Schicht kleben, während die kranken Stellen bald abschilfern und durch Fortsetzung dieser Kur zur Heilung kommen. Etwa entstehende Reizung und Schmerzhaftigkeit wird dadurch beseitigt, dass man die Umgebung des bereits mit Salbe bestrichenen Psoriasisherdes mit Zinkleim überzieht, eventuell auch den Herd selbst; Zinkschwefelpaste mildert gleichfalls den Schmerz und löst zu gleicher Zeit das Salbenhäutchen. Ein grosser Vorteil der beschriebenen Behandlungsmethode ist es, dass nach dem Eintrocknen sich ein leichtes Häutchen bildet, die Salbe also streng lokalisiert angewendet werden kann.

Zur Behandlung der Psoriasis von Dr. Dreuw (Monatsh. f. prakt. Dermat. — Medico Nr. 19).

Psychosen. Prof. Sommer betrachtet die Paranoia als einen chronischen Prozess, dessen Wesen in der fortschreitenden Wahnbildung besteht, und zwar darf die Diagnose im strengen Sinne nur dann gestellt werden, wenn die Auffassung, dass die Wahnbildungen Teilerscheinung einer anderen Krankheit sind, ausgeschlossen ist. Er lehnt die Existenzberechtigung der akuten Paranoia ab; fast immer lässt sich ein epileptischer, alkoholischer oder sonstiger toxischer Grund nachweisen, oder es handelt sich um akute Steigerung langsam sich bildender Wahnideen oder auch um Fehldiagnosen. Die Systematisierung hält Sommer nicht für ein notwendiges Merkmal der Paranoia. Das Ende der Paranoia ist der Schwachsinn, der sich dann am schnellsten heranzubilden pflegt, wenn von vorneherein Grössenideen auftreten. Die Paranoia mit schnellem Verfall zeigt eine nahe Verwandtschaft zur Dementia paranoides, bei der aber die Demenz gleich zuerst schon in den Vordergrund tritt und die mehr der Pubertät anzugehören pflegt. Die Paranoia ist ganz vorwiegend eine endogene Psychose. Eine Behandlung ist bei der trüben Prognose aussichtslos; doch vermag verständige Einwirkung, Fernhaltung von Reizen, Wortwechsel manchmal recht günstig zu wirken.

Digitized by Google

Dr. Würth hat in der hessischen Landesanstalt Hofheim viele Versuche mit Dauerbädern gemacht. Die praktische Durchführung stiess nicht auf Schwierigkeiten; da nur am Tage gebadet wurde, war auch keine Vermehrung des Personals erforderlich; die verbrauchte Wassermenge entsprach bei 12stündigen Dauerbädern dem 3—4fachen des einfachen Vollbades, abgesehen natürlich von unreinlichen Kranken. Von unangenehmen Zwischenfällen beobachtete Würth unter 2112 Bädern 30mal vorübergehende ohnmachtartige Zustände. Der Schlaf dauerte nach den Bädern neun Stunden und mehr. Am besten waren die Erfolge bei erregten Zirkulären, dann bei Dementia praecox., während die Erregungszustände bei reiner Katatonie dieser Behandlung wenig zugänglich waren. Die Seltenheit der Notwendigkeit, die Kranken zu isolieren oder ihnen Narkotika zu geben, waren das wichtigste Ergebnis. Würth stellt die Dauerbäder in die erste Reihe der psychiatrischen Beruhigungsmittel und verlangt, dass bei Neubauten besondere, für diese Behandlung dienende Räume vorgesehen, in alten Anstalten vorhandene Räume zweckentsprechend umgestaltet werden.

Dr. Alter hat in der Irrenanstalt von Leubus gute Erfolge mit protrahierten Bädern und Packungen erzielt. Verfasser liess die Patienten mit täglich 2—3 je 1½—2 Stunden dauernden Bädern von 34—36° C behandeln. Der Erfolg der Bäder war ausgezeichnet, sowohl bei den Paralytikern, wie bei den alten Fällen. Er konnte beinahe augenblicklich mit Medikamenten aufhören. Die Nächte wurden gut, die Nahrungsaufnahme besserte sich und das Körpergewicht wurde gehoben, die aggressiven und destruktiven Tendenzen schwanden, die Unsauberkeit hörte auf. Diese Erfolge ermutigten den Verfasser zu weiteren Versuchen, welche ebenso glückten, so dass zur Zeit in der Anstalt kein Patient mehr isoliert ist, und arzneiliche Beruhigungsmittel nur ganz ausnahmsweise verwendet werden. Einpackungen von 33—35° C waren auf den Schlaf oft von noch besserer Wirkung, als die Bäder.

Dr. Pfister empfiehlt auch die Anwendung von Dauerbädern bei Geisteskranken, die seiner Ansicht nach auch in der Privatpraxis nicht allzu schwierig einzurichten sind. Unter den Arzneien zieht er Scopolamin allen anderen vor. Die störenden Nebenerscheinungen (Kratzen im Halse, Unsicherheit der Glieder, Akkommodationsstörungen) werden durch die Ungefährlichkeit und Zuverlässigkeit der Wirkungen weit überwogen. Als Schlafmittel empfiehlt er am meisten Paraldehyd trotz seines schlechten Geschmackes und der unangenehmen Ausscheidung durch die Lungen.

Dr. Donath (Budapest) hat bei Paralyse, sowie bei toxischen und infektiösen Psychosen massige Infusionen eines Salzgemisches versucht, das möglichst der Asche des Gesamtblutes entspricht. Die Formel dieser schwach alkalisch reagierenden „Künstlichen Blutsalzlösung“ ist folgende:

Kalii sulfurici	0,25
Kalii chlorati	1,00
Natrii chlorati	6,75
Kalii carbonici puri sicc.	0,40
Natr. phosphor. crystall.	3,50
Aqu. destillatae.	1000,00

Das Verfahren ist in sechs Fällen von progressiver Paralyse und je einem Falle von Lues cerebri, Tetanie und Melancholie angewandt worden. Die Besserung war augenfällig, ob sie eine dauernde sein wird, kann bei der Kürze der Zeit noch nicht gesagt werden.

Paranoia von Prof. Sommer (Deutsche Klinik 6. Bd. 2. H. — Schm. Jahrb. 278. Bd. 4. H.). — Über das Dauerbad, seine Anwendung und seine Erfolge von Dr. Würth (Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. — Schm. Jahrb. 277. Bd. 2. H.). — Versuch mit zellenloser Behandlung und hydrotherapeutischen Massnahmen von Dr. Alter (Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 2. H.). — Die Anwendung von Beruhigungsmitteln bei Geisteskrankheiten von Dr. Pfister (Verlag von C. Marhold, Halle a. S. — Schm. Jahrb. 278. Bd. 4. H.). — Die Behandlung der progressiven Paralyse, sowie toxischer und infektiöser Psychosen mit Salzinfusionen von Dr. Donath (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 6).

Pyrenol. Pyrenol ist eine chemische Vereinigung von Benzoesäure, Thymol und Salizylsäure zu einem Natronsalz, ein weisses, kristallinisches, nur wenig hygroskopisches, in Wasser leicht lösliches Pulver von etwas süss-

Digitized by Google

lichem Geschmack und schwach aromatischem Geruch. Seiner chemischen Konstitution nach ist es ein Benzoylthymylnatrium benzoyloxybenzoicum. Das Pyrenol übt nach Dr. Friesers (Wien) Erfahrungen bei Asthma eine ganz augenscheinliche, man möchte sagen spezifische Wirkung aus, bei Emphysem und Bronchitis, überhaupt bei allen entzündlichen und katarrhalischen Erkrankungen der Luftwege, stellt es sehr günstige Heilerfolge in Aussicht, ferner ist der Einfluss des Mittels bei Pertussis nach gemachten Beobachtungen gewiss nicht von der Hand zu weisen und ist dasselbe als vorzügliches Expektorans, als reizmilderndes und auf den Respirationstrakt entzündungswidrig wirkendes Mittel zu betrachten.

Das Pyrenol ist nach Dr. Sternberg durch seine sedative und expektorierende Wirkung als ein Mittel zu bezeichnen, welches die Asthmaattacken bei chronischer Bronchitis prompt beseitigt und bei kardialem Asthma gute Dienste leistet, welches einige lästige Begleiterscheinungen chronischer Bronchialkatarrhe günstig beeinflusst, dabei leicht und angenehm zu nehmen ist und sich im Preise billig stellt. Seine Unschädlichkeit gibt in der Praxis die Möglichkeit, es auch bei Schwerkranken, bei Arteriosklerose, Dilatation des rechten Ventrikels etc. in der vollen wirksamen Dosis geben zu können.

Dr. Schlesinger (Berlin) wandte Pyrenol in 214 Fällen an. Aus seinen Beobachtungen ergibt sich, dass das Mittel therapeutisch am stärksten wirkt: 1. Bei Asthma bronchiale. Sämtliche 18 Fälle wurden schon nach 24 Stunden gebessert. Die Zahl der Anfälle verminderte sich sofort und hörten diese selbst in kürzester Zeit vollständig auf. Die Dauer der Behandlung braucht vier Wochen gewöhnlich nicht zu überschreiten. Dosierung: dreimal täglich 0,5—1,0, im Anfall halbstündlich 0,5 g. Jede andere Medikation ist überflüssig. 2. Bei Pertussis: 14 Fälle, die sämtlich, ohne eine Komplikation zu erleiden, genasen. Auch hier war Zahl und Stärke der Anfälle deutlich durch Pyrenol beeinflusst, nach längstens drei Tagen war bei den auf der Höhe der Krankheit in Behandlung genommenen Fällen ein schneller Nachlass zu verzeichnen. Dosierung: Sol. Pyrenoli 3 : 100 eventuell mit Sir. rub. Id. viermal täglich ein Teelöffel bis ein Kinderlöffel. Medikation fortgesetzt bis zum Verschwinden des Hustens. 3. Beim Fieber der Lungentuberkulösen. Zwei bis dreimal täglich 0,5—0,75, wobei besonders hervorzuheben ist, dass das Fieber ganz allmählich absinkt, ohne eine belästigende Schweissproduktion hervorzurufen, unter deutlicher Steigerung des subjektiven Wohlbefindens. 5. Bei akuten Bronchitiden; hier vereinigt sich die expektorierende mit der antipyretischen Wirkung zu einer objektiv und subjektiv wahrnehmbaren Besserung: Fieberabfall, Hustenlinderung, leichte Expektoration. Dosierung: 3—4mal täglich 0,5—1,0. Bei Angina pectoris bietet die Verwendung des Pyrenol den grossen Vorteil, dass man unbedenklich hohe Dosen (mehrmals täglich 0,75—2,0 g) geben kann. Gegen Gicht, chronische Rheumatismen wird es bei Herzleidenden in erster Linie gleichfalls seiner Unschädlichkeit wegen in Betracht gezogen werden können und kann es monatelang ohne eine Störung für Herz, Magen und Darm gegeben werden.

Über Pyrenol, dessen Wert und Wirkung bei Bronchitis, Asthma und Pertussis von Dr. Frieser (Med. Blätter Nr. 48). — Das Pyrenol als Asthmamittel von Dr. Sternberg (Ärztl. Rundschau Nr. 31). Über Pyrenol als Antineuralgikum und zur Behandlung des Asthma bronchiale und der Pertussis von Dr. Schlesinger (Ther. Monatsh. 1. H. und Deutsche Med.-Ztg. — Medico Nr. 15).

Q.

Quecksilber. Dr. Dreesmann (Köln) teilt seine Erfahrungen mit Mercurol mit. Mercurol ist eine Verbindung von Quecksilber und Nukleinsäure und bildet sich bei Einwirkung von frisch gefälltem Quecksilberoxyd auf Nukleinsäure; die

Digitized by Google

hierbei zur Verwendung kommende Nukleinsäure wird aus der Hefezelle gewonnen. Das Präparat stellt ein bräunlichweisses Pulver dar und enthält etwa 10% Quecksilber. In Wasser ist es besonders in der Wärme leicht löslich. Mit eiweisshaltigen Flüssigkeiten (wie Blutserum) ist eine solche Lösung klar mischbar, es tritt keine Koagulation ein. Alkalien rufen ebenfalls keine Koagulation hervor. Vorläufige bakteriologische Prüfung ergab, dass das Mercurol das Wachstum von Staphylococcus aureus vollkommen hemmte, bei Pyocyaneus war die Wirkung etwas schwächer. Zunächst verwandte Dreesmann das Mercurol äusserlich bei Ulcus cruris und ähnlich geschwürigen Prozessen teils in Form von Umschlägen mit einer wässerigen 2%igen Mercurollösung, teils als Salbe (2—5%). Unter dieser Behandlung wurde stets eine schnelle Heilung erzielt, die Geschwüre reinigten sich in auffallend kurzer Zeit. Reizerscheinungen wurden niemals beobachtet. In Pulverform benutzte Dreesmann das Mercurol, wo er eine Ätzwirkung erstrebte, so besonders bei tuberkulösen und stark granulierenden Geschwüren; auch hier war die Wirkung eine gute. Bei Gonorrhöe benutzte Dreesmann das Mercurol zu Injektionen in 1—2%iger Lösung und erzielte in den meisten Fällen Heilung, auch einige englische Autoren bezeichnen das Mercurol als sehr wirksam bei Gonorrhöe. Bei vereiterten Bubonen injizierte Dreesmann das Mercurol in 2%iger Lösung, nachdem vorher der Eitor durch Punktion entleert war; diese Injektionen wurden eventuell 2—3mal in der Woche gemacht. Auf diese Weise wurde Heilung in zwei bis drei Wochen erzielt. Innerlich verwandte Autor das Mercurol bei Lues, meist im sekundären Stadium; die Wirkung war eine ausgezeichnete; Exantheme, Kondylome, Drüsenschwellungen, in einem Falle totale Alopecie schwanden lediglich unter Gebrauch von Mercurol. Meist genügte eine zweimalige Darreichung von 0,05 g pro die, zuweilen wurde diese Dosis auf 0,1 g erhöht. Die Frage, ob nach interner Mercurolbehandlung Rezidive eher auftreten, als bei den Innunktions- und Injektionskuren, ist Verfasser vorläufig nicht in der Lage zu beantworten.

Dr. Segall hat das Hydrargyrum hermophenylicum, eine Auflösung von Quecksilberoxyd in Natrium carbolicum bisulfurosum, zu Einspritzungen unter die Haut verwendet. Das Mittel wirkt schmerzlos und mild, aber auch schwach und unzuverlässig. Mit den unlöslichen Quecksilbersalzen ist es nicht zu vergleichen. In Lösungen von 1 : 1000 bis 1 : 100 machte Segall auch Versuche gegen Tripper, aber auch hier war nicht viel Gutes zu sehen.

Neue Quecksilberpräparäte nach Dr. Jullien und Dr. Berlioz sind folgende: Quecksilber-Ammoniumkakodylat. Cacodylhydrarg. AsO $(CH_3)_2ON_2Hg$. Graues, wasserlösliches Pulver mit 56% Quecksilber, zu subkutanen Injektionen in Dosen von 0,01—0,02. Quecksilber-Ammoniumchlorid. Chlorhydrargyre $HgCl_2 . 2(NH_4Cl)$ enthält 53% Hg. Es soll anstatt Sublimat in der Chirurgie. sowie gegen Syphilis Anwendung finden. Die damit gemachten Injektionen sind schmerzlos. Quecksilberoxychlorid. Oxychloryhydrargyre HgO_2HgCl_2 enthalten 79% Hg, ist wenig löslich; unter Zuhilfenahme von Chlorammonium geht es leicht in Lösung über Man löst 2 g Quecksilberoxychlorid und 6 g Chlorammonium in 100 g Wasser und injiziert von dieser Lösung 0,5—1 ccm. Quecksilberoxydammoniak entsteht durch Auflösen von einem Teil gelbem Quecksilberoxyd in fünf Teilen heisser Chlorammoniumlösung.

Mercurol von Dr. Dreesmann (Münch. med. Wochenschr. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 10). — Hydrargyrum hermophenylicum von Dr. Segall (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 42). — Neue Quecksilberpräparate von DDr. Jullien und Berlioz (Pharm. Post Nr. 26).

Digitized by Google

R.

Rheumatismus. In 22 mit Dr. Paine gemeinsam untersuchten Fällen von akutem Gelenkrheumatismus hat Dr. Poynton (London) einen Diplococcus gefunden, den er für den spezifischen Erreger der Krankheit hält, obwohl es keine spezifischen biologischen Reaktionen für ihn gibt. Auf Kaninchen übertragen, erzeugt er bei diesen typische Gelenkerkrankungen.

Dr. Roig é Ibañez (Valencia) äussert folgende Ansichten über die Natur des Rheumatismus: Er ist keine bakterielle oder Infektionskrankheit, sondern eine Wirkung der Anhäufung von Harnsäure im Organismus, welche teils trophische, teils nekrotische Störungen erzeugt. Insbesondere ist eine Zerstörung der komplexen Salze des doppelt harn- und phosphorsauren Natrons als Ursache der rheumatischen Dyskrasie anzusehen. Etwa komplizierendes Fieber ist entweder Folge einer zufälligen Infektion anderer Herkunft oder Wirkung der harnsauren Salze auf das Vasomotorenzentrum. Alle rheumatischen Erkrankungen vom Muskelrheumatismus bis zur Arthritis deformans und der Gicht sind nur einfache Varietäten ein und derselben Krankheit des bezeichneten Ursprungs.

Bei der Behandlung des akuten Gelenkrheumatismus ist nach Dr. Thomson zunächst in Rücksicht auf die so häufig vorangehende Angina eine sorgfältige, möglichst früh zu beginnende und wochenlang fortzusetzende Spülung des Rachens erforderlich. Da sich infolge von Störung der Funktion der Hautnerven beim akuten Gelenkrheumatismus stets eine abnorm hohe Empfindlichkeit der Haut einstellt, soll man den Körper und besonders die Herz- und Gelenkgegenden sorgfältig durch Flanell, wollene Decken usw. schützen, denn man könne hierdurch besser als durch innere Mittel Komplikationen oder Rückfällen vorbeugen. Die Verdrängung der Alkalien durch die Salicylate habe nur ein vermehrtes Auftreten von Herzstörungen begünstigt, und wenn die Alkalien auch nicht als Heilmittel gegen rheumatische Fieber angesehen werden könnten, so habe man in ihrer Anwendung doch einen grossen Schutz gegen Herzerkrankungen. Zusammen mit ihnen kämen vor allen Dingen Bettruhe und Akonit in Betracht. Die durch Toxinwirkung hervorgerufene Anämie bekämpfe man nicht mit Eisen, sondern mit Lebertran. Eine schablonenmässige Verabreichung der Salicylate sei zu verwerfen, zumal diese oft unangenehme Wirkung auf das Herz entfalten, und er gebe den Strontiumsalzen in gleichen Dosen den Vorzug.

Dr. Menzer (Berlin) berichtet über einen Fall von chronischem Gelenkrheumatismus, in dem durch das von ihm hergestellte Serum Heilung erzielt wurde.

Auch Prof. Schmidt (Dresden) hat vom Menzerschen Antistreptokokkenserum bei Gelenkrheumatismus gute Wirkung gesehen. Es wurden 8 subakute und 3 chronische neben 4 akuten behandelt. 15—20 ccm wurden täglich in der Nähe der befallenen Gelenke injiziert, die Einspritzung bis zu achtmal wiederholt. Eine spezifische Reaktion fehlte, dagegen meist ausgesprochene lokale Rötung und Schwellung. In 6 Fällen war deutlich objektiver Erfolg, fünfmal war die Behandlung erfolglos, viermal wurde subjektive Erleichterung erzielt. Schmidt empfiehlt die Menzerschen Injektionen für die subakuten Fälle, bei denen alle anderen Methoden versagt haben.

Prof. Kraus (Berlin) schliesst sich der Empfehlung für solche Fälle an, die zwischen akutem und chronischem Verlauf stehen; er hat dabei bessere Beweglichkeit der Gelenke ohne Abschwellen gesehen; er warnt vor der Anwendung in akuten Fällen, bei denen die Gefahr schlimmer Komplikation (Perikarditis, Pleuritis) drohe.

Das Rheumatin, eine Verbindung von Salizylsäure und Chinin, wurde an Prof. Ewalds Abteilung zu Berlin von Dr. Sigel bei Rheumatismus geprüft. In erster Linie hebt er an dem Präparat

Digitized by Google

hervor, dass es frei von den unangenehmen Nebenwirkungen ist, die den meisten Salizylpräparaten anhaften. Dies Moment wird auch nach der Ansicht des Verfassers dem Rheumatin in der Behandlung des Gelenkrheumatismus auf die Dauer seinen Platz sichern. Sigel hält die Verabreichung des neuen Mittels für angezeigt: 1. In allen Fällen von akutem Gelenkrheumatismus, besonders in denen, die bereits mit ausgesprochenen Komplikationen von seiten des Herzens und der Nieren in Behandlung kommen. Von der Verabreichung des Rheumatins ist man aber gezwungen abzustehen, wenn nach mehrtägigem Gebrauch die Temperatur und die Gelenkschmerzen und Schwellungen nicht zurückgehen. 2. In den Fällen von akutem Gelenkrheumatismus, in denen andere Präparate schlecht oder überhaupt nicht vertragen werden. 3. In den subakut und chronisch verlaufenden Fällen von Muskel- und Gelenkrheumatismus, in denen es darauf ankommt, die Medikation zu wechseln, eventuell um den durch Salizylsäure oder Aspirin erreichten Erfolg auf der Höhe zu erhalten. Die Tagesdosis betrug je nach Alter und nach der Schwere des Falles 2—6 g; im allgemeinen wurden täglich 3—4 g gegeben.

Nach Dr. Stschepinski gelingt es, die Salizylsäure in den Organismus einzuführen auch bei Verordnung derselben in Salbenform (nach Bourget):

Acid. salicyl.
Lanolin
Ol. Terebinth. āā 10,0—15,0
Vaselin 100,0

was durch den Nachweis derselben im Harn bewiesen wird. Die Wirkung auf die betroffenen Gelenke ist eine sehr rasche und günstige. Nebenwirkungen wurden bei dieser Verordnung der Salizylsäure kein einziges Mal beobachtet. Die Hautreizung ist eine minimale.

Dr. Goldmann (Wien) benützt zur äusseren Anwendung das Saligenin, Acidum oder Natrium salicylicum oder Salipyrin das Vasogenum purum spissum, das in weit höherem Grade arzneiliche Stoffe in sich aufzunehmen vermag, als jedes andere Vehikel und welches auch, ohne jedwede Reizwirkung auf die Haut auszuüben, von dieser am vollkommensten und am raschesten resorbiert wird.

Dr. Zeigan hat bei Rheumatismus drei äusserlich anwendbare Salizylderivate einer eingehenden Prüfung am Krankenbette unterzogen: das Mesotan, das Glykosal und das Rheumasan. Das Mesotan wurde, mit gleichen Teilen Olivenöl gemischt, in Anwendung gebracht. Ein Zusatz von 10 Tropfen Lavendelöl auf 100,0 g des Mesotanölgemisches verdeckt den unangenehmen Geruch. Die erkrankten Teile wurden mit 15—20,0 g des Präparates eingepinselt und mit Watte umwickelt. Bei Muskelrheumatismus und Lumbago trat eine sofortige Linderung der Schmerzen, nach durchschnittlich 4—5tägiger Anwendung vollkommenes Aufhören derselben ein. Der Urin zeigte starke Salizylreaktion. Auch bei ausgesprochenem Gelenkrheumatismus war der Erfolg ein sehr guter. — Die Anwendung des Glykosal geschah zunächst in 20%iger alkohol. Lösung. Von dieser wurden 50—100,0 g auf die erkrankten Teile gepinselt und dieselben dann in Watte eingehüllt. Es zeigte sich dabei der Übelstand, dass nach Verdunstung des Alkohols das Glykosal sich auf die Haut niederschlug. Derselbe wurde dadurch beseitigt, dass der alkoholischen Lösung 10—20,0 g Glyzerin zugesetzt wurden. 6—8 Stunden nach der Pinselung zeigte der Urin Salizylreaktion und etwa 4—5 Stunden nach der Pinselung erfolgte starker Schweissausbruch. Die Schmerzen liessen allmählich nach. — Das Rheumasan, eine seifenartige Substanz, ist eine eigenartige Salbenseife, welche 10% Salizylsäure enthalten soll. Die Anwendung geschah in der Weise, dass etwa 5 bis 10,0 g des Mittels 2—3mal täglich auf die erkrankten Teile verstrichen und dieselben dann in unentfettete Watte eingewickelt wurden. Die Schmerzen liessen sofort nach und in einigen Fällen von Muskelrheumatismus und Lumbago waren dieselben nach 4—5tägiger Behandlung gänzlich beseitigt. In einem Falle von hartnäckiger Ischias, der neun Wochen lang allen anderen Mitteln getrotzt hatte, trat nach etwa einwöchentlicher Behandlung mit Rheumasanmassage vollkommenes Nachlassen der Be-

Digitized by Google

schwerden ein. Um sich von der resorbierten Menge Salizyls ein ungefähres Bild zu machen, hat Zeigan bei mehreren Patienten mit geringen äusseren Leiden, die sonst gesund waren, je ein Kniegelenk mit je 10,0 des Mittels in dem bei der Behandlung üblichen Vehikel eingepinselt und dann in der 24stündigen Urinmenge die Salizylsäure bestimmt. Es zeigte sich, dass auf gleicher Hautfläche von Mesotan 0,3 g, von Glykosal und Rheumasan je 0,1 g in der 24stündigen Urinmenge zur Ausscheidung gelangten. Verfasser ist zu der Überzeugung gelangt, dass wir in den vorgenannten Präparaten Mittel besitzen, die mit einer minimalen, beinahe erwünschten Hautreizung eine wirksame Salizylanwendung mit Umgehung des Magendarmkanals möglich machen, zum mindesten aber in Kombination mit innerlicher Darreichung ein wesentliches Heruntergehen unter die bis dahin übliche Dosis mit ihren üblen Folgen gestatten.

Prof. Brieger und Dr. Laqueur (Berlin) empfehlen folgende Behandlungsmethode bei chronischen Gelenkaffektionen: Bei klinischen Patienten wird täglich, bei poliklinischen 2—4mal wöchentlich als wärmezuführende Prozedur ein Glühlichtbad oder Heissluftbad von 15—20 Minuten Dauer gegeben, dem eine kurze Abkühlung mittelst der Dusche oder kalter Übergiessung folgt. Als wärmestauende Allgemeinprozedur wird ein heisses Vollbad von 38—40° C und 15—20 Minuten Dauer und nachfolgendem Schwitzen verabfolgt. Als lokale wärmezuführende Prozeduren dienen Heissluftbäder in den Bierschen oder Krauseschen Apparaten, als lokale wärmestauende die heisse Dampfstrahlendusche. Nach der Wärmebehandlung folgt Massage, ausserhalb der Behandlungszeit werden feuchte Umschläge auf die Gelenke gemacht (Priessnitz) oder auch häufig gewechselte heisse Kompressen aufgelegt.

Dr. O'Conor, der schon in früheren Jahren mehrfach warm für die chirurgische Behandlung der Gelenkergüsse bei akutem Gelenkrheumatismus eingetreten war, veröffentlicht in einer Arbeit 20 neue Krankengeschichten, die allerdings den Wert des Verfahrens zu beweisen scheinen. Er eröffnet das Gelenk an beiden Seiten, zieht ein gefenstertes Drain durch und spült täglich mit warmer Karbollösung aus. Angeblich erfolgte in jedem Falle Heilung, Funktionsstörungen treten nicht auf. Die Behandlung ist einzuleiten, wenn mehrtägige Salizylbehandlung die Symptome nicht beseitigt.

Die Therapie des Tripper-Rheumatismus muss nach Dr. Weisz (Budapest) vor allem die Beseitigung der Gonorrhöe zu erzielen streben. Durch eine möglichst frühzeitige rationelle Behandlung, die selbst während der Affektion geschehen soll, kann man auch prophylaktisch viel erreichen. Für die schon erkrankten Gelenke und Sehnenscheiden können auch nur die lokalen Heilbehelfe in Frage kommen, denn hier sind alle antirheumatischen Mittel, beginnend bei den Salizylpräparaten — das Aspirin auch nicht ausgenommen — und endend bei den Jod-Hg-Präparaten, von gar keiner Wirkung. Lokal kommen vor allem die Antiphlogistika in Betracht, daneben Fernhaltung äusserer Schädlichkeiten, Bettruhe, fixierende Verbände, die nicht zu lange liegen bleiben sollen. Neuestens ist die Biersche Behandlungsmethode empfohlen worden, die darin besteht, dass oberhalb des erkrankten Gelenkes eine Esmarchbinde eine Stunde lang angelegt wird, wodurch eine passive Stauungshyperämie erzeugt wird, die heilend wirkt. In subakuten und chronischen Fällen wirkt am besten gegen den zurückbleibenden Hydrops der Gelenke Hitze in Form von Bädern 29°—30°—34° R ½—1½ Stunden lang, dann Massage. Wenn der Hydrops nicht zurückgeht, dann sollen Injektionen geschehen mit Argentum nitricum, Jodtinktur oder Sublimat, eventuell Arthrotomie. Die Neuritis und Perineuritis kann auch bloss nach Heilung der Gonorrhöe durch Wärme zum Verschwinden gebracht werden.

Die Diagnose luetischer Rheumatoide gestaltet sich, wie Dr. Singer (Wien) ausführt, manchmal sehr schwierig. Einigermassen charakteristisch für die luetische Natur ist eine auffallende Indolenz und Torpidität der Erscheinungen. Atrhritis, Kapselschwellung und Ver-

Digitized by Google

dickung, Periostitis und Hyperostose bestehen oft jahrelang, ohne zu den schweren Funktionsstörungen zu führen, welche man bei den genuinen rheumatischen Prozessen zu sehen gewohnt ist, so dass die spezifische Behandlung auch nach jahrelangem Bestehen noch günstige Heilerfolge bringen kann. Der Nachweis der luetischen Grundlage bei diesen unter dem Bilde des chronischen Rheumatismus verlaufenden Erkrankungen muss oft auf diagnostische Hilfsmomente zurückgreifen (Nachweis von Knochenauftreibungen, bei Frauen Aborte, Frühgeburten, hereditärluetische Zeichen, Hutchinsonsche Zähne, Keratitis parenchymatosa, Ozaena, Gaumendefekte etc. etc.). In zwei Fällen sah Singer Labyrinthtaubheit sowie Endarteriitis im jugendlichen Alter. Ein wichtiges Moment ist der meist fieberlose Verlauf, die Seltenheit von Herzaffektionen, doch können auch chronisch-gonorrhoische Erkrankungen ähnlich verlaufen. Diagnostisch wichtig sind der Charakter der Schmerzen mit nächtlicher Exacerberation, die eklatante Beeinflussung durch Jod- und Quecksilberbehandlung, obwohl letztere auch bei reinen Staphylo- und Streptomykosen oft sehr heilsam wirkt. Da oft sehr alte Prozesse mit stark ausgeprägten Destruktionen auf eine energische antiluetische Behandlung sehr günstig reagieren, erscheint es zweckmässig, auch dort, wo sichere Anhaltspunkte für den luetischen Charakter nicht gewonnen werden können, eine spezifische Therapie einzuleiten, weil dadurch oftmals die Chance entsteht, Erkrankungen mit hochgradigen Veränderungen noch zu bessern oder zu heilen.

Auf Grund eines Beobachtungsmaterials von über 300 Fällen empfiehlt Dr. Bloch die Schleichsche Infiltrationsanästhesie zur Behandlung rheumatischer Affektionen (Neuralgien, Myalgien etc.). Es ist die Methode aber nach Bloch nicht nur von hohem kurativem, sondern auch von zuverlässigem diagnostischem Werte, da eine Neuralgie oder Myalgie nur dann mit vollkommener Heilung auf die einmalige Vornahme der multiplen intrakutanen Injektionen reagiert, wenn sie rheumatischer Natur ist, dass aber der momentan nach der Infiltrationsanästhesierung in jeder Hinsicht subjektiv und objektiv sich selbst in vollkommenstem Grade manifestierende Erfolg niemals zur dauernden Heilung führt, wenn den betreffenden Affektionen eine andere als rheumatische Ätiologie zu grunde liegt. Erbringt somit der vollkommene kurative Erfolg dieser Behandlungsmethode den positiven Beweis für die Richtigkeit der Diagnose einer rheumatischen Neuralgie und Myalgie, so entscheidet ihr bloss symptomatisches, temporäres Resultat die Diagnose der rheumatischen Natur einer solchen Erkrankung mit absoluter Sicherheit im vollkommen negativen Sinne. Als Injektionsflüssigkeit benützte Bloch ausschliesslich die āā 0,2%ige Tropakokain-Chlornatriumlösung. Die Technik der Infiltrationsanästhesie besteht darin, dass die Haut des durch Druckempfindlichkeit sich markierenden Schmerzgebietes mit der grösstmöglichen Menge der Schleichschen Tropakokainlösung prall infiltriert, d. h. intrakutan injiziert wird. Am besten eignet sich hierzu die vom Verfasser angegebene, von H. Reiner in Wien konstruierte Intrakutanspritze.

Dr. Poynton über die Ätiologie des Rheumatismus auf dem internationalen medizinischen Kongresse zu Madrid (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 27). - Dr Roig é Ibañez über die Ätiologie des Rheumatismus ebendaselbst (Ebendaselbst). — Behandlung des akuten Gelenkrheumatismus von Dr. Thomson (Med. News. — Schm Jahrb. 280. Bd 12. H.). — Dr. Menzer über die Behandlung des Gelenkrheumatismus im Verein für innere Medizin in Berlin (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 14). — Dr. Schmidt und Prof. Kraus über die Behandlung des Gelenkrheumatismus auf der Naturforscherversammlung zu Kassel (Ther. d. Gegenw. 10. H.). — Über Rheumatin von Dr. Sigel (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 37). — Zur Frage der Behandlung des Gelenk- und Muskelrheumatismus nach der Methode von Bourget von Dr. Stschepinski (Rev. d. russ. med Zeitschr. Nr. 3). — Zur externen Behandlung der rheumatischen, rheumatoiden, myalgischen und neuralgischen Erkrankungen von Dr. Goldmann (Ther. d. Gegenw. 9. H.). — Die Behandlung des Rheumatismus durch äussere Anwendung von Salizylpräparaten von Dr. Zeigan (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 12. — Ther. Monatsh 6. H.). — Über die Behandlung von chronischen Gelenkaffektionen mittelst physikalischer Heilmethoden von Prof. Brieger und Dr. Laqueur (Zeitschr. f. klin Med. 48. Bd. 5. u. 6. H.). — Die chirurgische Behandlung der Polyarthritis rheumatica von Dr. O'Conor (Lancet. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 11). — Über Tripper-Rheumatismus von Dr. Weisz (Ung. med. Rev. Nr. 8). — Dr. Singer über luetische Rheumatoide auf dem internationalen Kongresse zu Madrid (Allg.

Digitized by Google

med. Zentral-Ztg. Nr. 27). — Eine neue therapeutische und gleichzeitig diagnostische Methode der Behandlung rheumatischer Affektionen von Dr. Bloch (Heilk. Nr. 8).

Rhinosklerom. Versuche, die Dr. Glas an Prof. Chiaris Klinik in Wien anstellte, ergaben, dass das Thiosinamin ähnlich wie auf Narbengewebe auch auf rhinoskleromatöses Gewebe seine Wirkung ausübt, indem die Gewebsmassen und bindegewebigen Stränge weicher und dehnbarer werden, so dass die Tubage leichter gelingt. Doch darf es nicht allein ohne mechanische Nachhilfe verwendet werden. Die Thiosinamintherapie ist bei hochgradigen rhinoskleromatösen Stenosen der Nase als wirksames Adjuvans der mechanischen Therapie zu empfehlen, während hochgradige subglottische Schwellung mit Ausnahme der tracheotomierten Fälle wegen der Reaktionserscheinungen eine Kontraindikation abgeben.

Über Thiosinaminversuche bei Rhinosklerom von Dr. Glas (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 11).

Rhinotherapie. Unter nervösem Schnupfen versteht Dr. Réthi (Wien) diejenige Form des letzteren, welche, plötzlich einsetzend und nach kürzerer oder längerer Dauer, ebenso plötzlich verschwindend, ihre Abhängigkeit vom Nervensystem nicht nur durch ihre Nebenerscheinungen mehr oder weniger deutlich dokumentiert, sondern auch ausschliesslich bei Personen mit erhöhter Erregbarkeit des Nervensystems, gesteigerter Reizbarkeit oder gar ausgesprochener Neurasthenie auftritt. Die Entstehung pflegt auf die verschiedensten Ursachen zurückgeführt werden zu können: auf die Einwirkung aromatischer Substanzen, wie sie in gewissen Gerüchen vorherrschen (Ausdünstungen von Pflanzen, Tieren, Speisen usw.), auf die (mechanische?) Einwirkung der Pollen gewisser Gräser (Heufieber), in anderen Fällen auf den Reiz, den die Luft heisser oder dunsterfüllter, mit Kohlensäure gesättigter Räume bei disponierten Personen hervorruft. Zuweilen, aber nicht immer ist der nervöse Schnupfen mit andauerndem Nieskrampf, bei den schwereren Fällen mit asthmatischen Anfällen (Heuasthma) verbunden. Die rhinoskopische Untersuchung pflegt meistens das Bild einer heftigen akuten Rhinitis zu ergeben. In anderen Fällen jedoch, in denen übrigens ein Zusammenhang mit der Neurasthenie nicht mit derselben Regelmässigkeit nachweisbar ist, wenn dieselben auch mit gesteigerter nervöser Reizbarkeit einherzugehen pflegen, fehlt die „Rhinitis" als solche völlig: die Schleimhaut ist im Gegenteil blass und dünn und sieht geradezu mazeriert aus, die Nasengänge sind, vorausgesetzt, dass nicht zufällige Komplikationen vorliegen, weit und nur die kontinuierliche, starke, wässerige Absonderung, welche eine fortwährende Tropfenbildung an der Nasenspitze veranlasst, gibt der Erkrankung etwas Charakteristisches (Hydrorrhoea nasalis). In den Fällen von vasomotorischer Neuritis sah Verfasser am ehesten Erfolg von einer partiellen Abtragung der Schleimhaut der unteren Muscheln, oft in Kombination mit Ätzung der mittleren Muschel und des Septum, namentlich in der Gegend seines Tuberculum, während Pinselungen mit starker Lapislösung, sowie Einblasungen mit allen möglichen älteren und neueren Medikamenten nie Erfolg hatten. In einem Falle vermochte Réthi die Erscheinungen nur mittelst Adrenalinbehandlung (1 : 1000) nach Erfolglosigkeit einer Exstirpation der Schwellkörper der untern Muscheln zu heben, nachdem sich ihm das gleiche Mittel auch in Fällen von sonst vergeblich behandelter Hydrorrhoe bewährt hatte. Eine Allgemeinbehandlung zur Bekämpfung der Nervosität in der sonst üblichen Weise (Kaltwasserkur, Arsenik, Brom) wurde nebenher nicht verabsäumt.

Ist die Nasenatmung verlegt und der Mensch dadurch auf die Mundatmung angewiesen, so fällt nach Dr. Trautmann (München) eine wichtige Schutzvorrichtung des Körpers, die Nasenhöhle, als Aufsaugevorrichtung infektiöser Keime fort, und auch die Wirkung des Schutzes der Tonsillen wird eine geringere, daher können leichter Erkrankungen von der Mundrachenhöhle aus entstehen. Umgekehrt kann man nach Verfasser auch

Digitized by Google

annehmen, dass die nach einer Nasenobstruktion durch geeignete Behandlung wiederhergestellte Nasenatmung und der hierdurch bedingte, wenn auch in den meisten Fällen erst allmähliche Ausfall der Mundatmung bei bestehenden pathologischen Prozessen sich als Heilwirkung zeigen kann. Verfasser hatte Gelegenheit, einen solchen Fall zu beobachten. Die Bedeutung der Nasenatmung hinsichtlich der Abschwächung und Abhaltung von Infektionskeimen, sowie hinsichtlich der Heilung bereits bestehender Erkrankungen der oberen Luftwege ist nicht zu unterschätzen, deshalb ist allen Erkrankungen der Nase, welche eine Obstruktion oder Verengerung der Nasenhöhlen bewirken, möglichste Beachtung zu schenken. Jedoch sollen die Operationen in der Nasenhöhle sich nur auf das notwendigste Mass beschränken, so dass die physiologischen Schutzkräfte der Nase, vorausgesetzt, dass sie nicht schon durch die Erkrankung selbst dauernd verloren gegangen sind, erhalten bleiben.

Über die Anwendung der heissen Luft bei der Behandlung einiger Nasen- und Halsaffektionen stellte Dr. Swerschewski Versuche an, die zu folgendem Resümee führten: 1. Die Heissluft ist kein therapeutisches Universalmittel bei den verschiedenen Nasen- und Halserkrankungen. 2. Die Heissluftapplikation kann sich bei akuter und teilweise subakuter Rhinitis, bei Schwellung der Corpora cavernosa, bei hypertrophischen Prozessen im Pharynx, bei zerfallenden Gummen, bei Ozaena und Neurosen als entzündungserregend erweisen. Wenig wirksam ist sie bei Hypertrophie der Nasenchoanen und teilweise bei atrophischen Prozessen im Pharynx. 3. Die Heissluftapplikation führt keine Komplikationen nach sich, diejenigen Fälle ausgenommen, in denen ein Katarrh der Tubae Eustachii und besonders Otitis media besteht. 4. Die Temperatur der Luft, sowie die Anwendungsdauer derselben können ja nach dem Zwecke der Applikation verschieden sein: a) Bis auf 72° C erhitzte Luft ruft, wenn sie durch die Nasenhöhlen 3, 4, 5 Minuten lang durchgelassen wird, eine mehr oder minder stark ausgesprochene Kontraktion mit Austrocknung der Schleimhaut, mit nachfolgender gesteigerter Sekretion von Nasenschleim für kürzere Zeit hervor; b) auf 90° C erhitzte Luft bewirkt, wenn sie in einer Entfernung von 2—3 mm auf eine bestimmte Stelle der Nasenschleimhaut 1—2—3 Minuten lang gerichtet wird, grössere Trockenheit, Kontraktion und selbst die Entstehung einer oberflächlichen Borke an der betreffenden Stelle der Schleimhaut; c) bis auf 130° C erhitzte Luft ruft, wenn sie 20—40 Sekunden lang auf eine bestimmte Stelle in einer Entfernung von 1—2 mm gerichtet wird, eine ziemlich tiefgehende Borke hervor, welche am 6.—7. Tage ohne besonders starke lokale Reaktion und ohne Blutungen abfällt. Bei sämtlichen pathologischen Prozessen in der Nase und im Halse, wo eine Hypertrophie der Schleimhaut nicht vorhanden ist (akute und subakute Rhinitis, atrophische Rhinitis und Pharyngitis, Neurosen) ist Heissluft (von ca. 72° C) hauptsächlich in Form von Durchblasungen, sowie auch in Form von lokaler Applikation (bei einer Temperatur von 90° C) anzuwenden. Bei rasch vorübergehender Hypertrophie, bei zerfallenden Gummen ist lokale Applikation von bis auf 90° erhitzter Luft angezeigt, bei stabiler Hypertrophie gleichfalls lokale Applikation von bis auf 130° C erwärmter Luft. Alles in allem glaubt Verfasser, trotzdem er mit der Heissluftbehandlung keine so guten Resultate erzielt hat wie die übrigen Autoren, dieselbe doch der Beachtung empfehlen zu können.

Bei einer Reihe von Ozänafällen erzielte Dr. Broeckaert (Gand) durch wiederholte Paraffininjektionen (mit einem Schmelzpunkt bei 45°) in die Schleimhaut der unteren Muscheln subjektiv und objektiv wahrnehmbare, sehr schöne Erfolge, die sich auch auf die durch Ozäna bedingten Affektionen der Nachbarorgane erstreckten. Fötor und Krustenbildung verschwanden, bei zwei Patienten kehrte das Geruchsvermögen wieder, eine auf katarrhalischer Basis beruhende Schwerhörigkeit verminderte sich bedeutend und auch die konsekutiven Pharyngitiden besserten sich zusehends. Komplikationen — von vorübergehenden Ödemen der Wange abgesehen — wurden

Digitized by Google

nicht beobachtet. Die mikroskopische Untersuchung eines Schleimhautstückes, in das zwei Monate vorher Paraffin injiziert worden war, ergab den Nachweis regenerativer Prozesse; das Paraffin zeigte sich nicht mehr in kompakter, homogener Masse, sondern in kleinen Partikelchen in das Gewebe verteilt, so dass der Schnitt einen alveolären Anblick bot.

Auch Prof. Moure und Dr. Brindel (Bordeaux) haben in 70 Fällen von Ozäna durch submuköse Paraffininjektionen teils Heilungen, teils wesentliche Besserungen erzielt.

Prof. Ónódi (Budapest) geht von der Voraussetzung aus, dass eine Reihe von Kieferhöhlen-Empyemen zur Ausheilung kommen, wenn die Höhle von der Nase aus genügend zugänglich ist. Er eröffnete die mediale Wand der Kieferhöhle im Bereich des mittleren Nasenganges, indem er zunächst mittelst eines „Dilatationstroikarts" eine ca. 2 cm breite Öffnung nach dem Antrum anlegte und diese nötigenfalls mittelst schneidender Doppelküretten (Hartmann, Mieses) noch erweiterte. Durch diese Öffnung werden Ausspülungen und Tamponade der Höhle vorgenommen, die des öfteren zur Heilung führen, ohne dass man zu einem radikaleren Eingriff genötigt wird. In den Fällen, in denen trotzdem später — infolge pathologischer Veränderungen des Antrums — eine radikale Ausräumung der Kieferhöhle nötig erscheint, kann man nach Aufmeisselung von der Fossa canina aus sofort nach der Operation die Kommunikation nach dem Munde zu wieder vernähen und die Nachbehandlung von der Nase aus durch die grosse Öffnung im mittleren Nasengang vornehmen.

Dr. Zwillinger (Budapest) erörtert 113 Fälle von adenoiden Vegetationen, bei denen die Adenotomie aus verschiedenen Gründen indiziert war; in sechs Fällen bestand Enuresis nocturna. In dreien davon hörte der Harnfluss sofort nach dem operativen Eingriff auf, in einem Falle zwei, in einem anderen vier Wochen darnach, ein Fall zeigte keine Änderung. Schlagenden Beweis bieten vor allem die Beobachtungen von sofortigem Schwinden der Enuresis nach der Adenotomie, aber auch die Fälle, die, den verschiedenartigsten therapeutischen Eingriffen trotzend, nach der Operation, wenn auch längere Zeit darnach, heilen. Für den Zusammenhang zwischen adenoiden Vegetationen und Enuresis nocturna sind auch solche Fälle beweisend, in denen eine Rezidive nach erfolgreicher Operation, die Harnbeschwerden wieder zur Erscheinung bringt (Grönbeck). Solche Beobachtungen schliessen eine bloss suggestive Wirkung der Operation aus. Die adenoiden Vegetationen sind jedoch nicht die alleinige Ursache der Enuresis nocturna. Vor allem ist für das Zustandekommen dieser eine gewisse Disposition notwendig.

Dr. Neudoerfer (Wien) teilt einen Fall mit, in dem aus kosmetischen Gründen eine Verkleinerung der Nase vorgenommen wurde. Das Wesentliche der Technik lag darin, dass die die Nase bedeckende Haut vollkommen erhalten und mittelst eines eigenen Instrumentes unversehrt vom Nasenrücken abgehoben wurde. Die Heilung erfolgte glatt, das kosmetische Ergebnis war recht befriedigend. Zur Vermeidung stärkerer Blutung war in dem Falle eine geringe Quantität Schleichscher Lösung mit drei Tropfen Adrenalin unter die Haut des Nasenrückens eingespritzt worden.

Dr. Baeza (Haag) berichtet über die Verwendung einer in physiologischer Kochsalzlösung mit ½% Chloretonezusatz hergestellten Lösung von Adrenalin. Das Mittel bewirkt eine intensive Blutleere der Nasenschleimhaut, so dass die Eingriffe sehr bequem ausgeführt werden können, besonders z. B. Entfernung von Polypen. Die Wirkung dauert oft eine Stunde. Die Lösung kann dem Kranken zum Selbstgebrauch überlassen werden. Vor der Anwendung gebraucht Verfasser eine schwache Kokainlösung.

Um die gefässkontrahierende Wirkungsdauer des Adrenalins zu verlängern, empfiehlt Dr. Mignon (Nizza) folgende Zusammensetzung, die sich ihm bewährte:

Rp.:	Adrenalin	0,03
	Ol. Vaselini	3,0
	Adde	
	Vaselini alb.	12,0
	Essent. Geranii	gtt. III
	Lanolin	15,0.

Digitized by Google

Diese Pomade findet erfolgreiche Verwendung, durch einfache Aufpinselung auf die Schleimhaut, bei akuten Rhinitiden, bei kongestiven Rhinitiden mit oder ohne Rhinorrhöe, dann nach Kaustik der Nasenschleimhaut behufs Vermeidung der konsekutiven Schwellungszustände. Bei Tamponade der Nase — nach Blutungen oder Operationen — ist die Tendenz zu einer Wiederholung der Blutung bei Entfernung der Tamponade viel geringer, wenn vor der Tamponade die betreffenden Partien mit der Pomade ausgepinselt wurden. Auch gegen Hämorrhoiden soll eine Adrenalinpomade mit Erfolg verwendet worden sein.

Die Behandlung des nervösen Schnupfens von Dr. Réthi (Wien. med. Wochenschr. Nr. 23. — Ther. Monatsh. 10. H.). — Bedeutung der nasalen Atmung in ihrer Schutz- und Heilwirkung auf Krankheiten von Dr. Trautmann (Münch. med. Wochenschr. Nr. 13). — Über die Anwendung der heissen Luft bei der Behandlung einiger Nasen- und Herzaffektionen von Dr. Swerschewski (Med. Obos. -- Russ. med. Rundschau Nr. 4). — Paraffininjektionen zur Behandlung der Ozäna von Dr. Broeckaert (Ann. d. mal. de l'oreille Nr. 7. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 48). — Behandlung der Ozäna mit Paraffininjektionen von Prof. Moure und Dr. Brindel (Med. Blätter Nr. 36). — Die Eröffnung der Kieferhöhle im mittleren Nasengang von Prof. Onódi (Ann. d. mal. de l'or. Nr. 5. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 41). — Die Beziehungen der sogenannten adenoiden Vegetationen zur Enuresis nocturna von Dr. Zwillinger (Pest. med.-chir. Presse Nr. 40). — Operative Verkleinerung der Nase von Dr. Neudoerfer (Wien. klin Wochenschr. Nr. 43). — Über Adrenalium chloric. mit Chloretone (Chloroform + Aceton) und die Anwendung in der rhinologischen Praxis von Dr. Baeza (Berl. klin. Wochenschr. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 2). — Neue Verwendungsart des Adrenalin in der Rhinologie von Dr. Mignon (Arch. internat. de laryng. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 41).

Rhodan. Dr. Pauli (Wien) hat die Wirkung des Rhodans (Thiocyans) an Kranken untersucht; es wurde zunächst ausschliesslich das Rhodannatrium gegeben, und zwar in der maximalen Tagesdosis von 1 g. Die Ausscheidung des Rhodan wurde an Speichel und Harn überwacht. Das Vorhandensein einer sedativen Wirkung wurde an einer Reihe von Neurosen oder organisch Nervenkranken geprüft, bei denen Zeichen gesteigerter Erregbarkeit bestanden. (Neurastheniker, Paralytiker, Tabiker etc.) In 9 von 10 Fällen war ein positiver Erfolg zu konstatieren; innerhalb 2—5 Tagen trat bereits eine auffallende Beruhigung ein, die bei weiterem Gebrauch des Mittels von einem ganz bedeutenden Rückgang der störendsten Erscheinungen gefolgt war. Es scheint danach dem Thiocyan eine merkliche beruhigende Wirkung auf das Nervensystem zuzukommen. Ferner wurde das Rhodannatrium bei einer Gruppe von Erkrankungen versucht, die meist mit Blutdrucksteigerung einhergehen; es sind dies Angiosklerose, Aorteninsuffizienz und chronische Nephritis. Es wurden 11 Arteriosklerotiker ausgewählt, welche ausser beträchtlicher Blutdrucksteigerung eine Reihe subjektiver Beschwerden (Schmerzen auf der Brust, Druckgefühl, mässige Dyspnoe bei Anstrengungen, Schwindelanfälle etc.) hatten. Die subjektiven Beschwerden liessen nach Rhodannatrium nach; ferner konnte mit dem Baschschen Sphygomanometer in allen Fällen schon nach wenigen Tagen ein gleichmässiges Sinken des Blutdrucks festgestellt werden, welches 10—25 % des ursprünglichen Wertes betrug. Bei Aussetzen des Mittels stieg der Blutdruck in wenigen Tagen wieder auf seinen früheren Wert. Ferner erzielte das Rhodannatrium in zwei Fällen von Aorteninsuffizienz teils dauernde, teils vorübergehende Besserung sämtlicher Erscheinungen. Vier Kranke mit chronischem Morbus Brightii, Herzhypertrophie und Blässe zeigten bei gleichzeitiger Milchdiät einen raschen Rückgang der subjektiven Erscheinungen, die sich aus Kreuzschmerzen, Neuralgien, Schlaflosigkeit zusammensetzten. Endlich wurde das Rhodannatrium bei vier Kranken mit luetischen Cephalalgien angewandt, hier war die Wirkung des Mittels prompt und nachhaltig, ähnlich wie die des Jods. Übrigens hat das Rhodan auch ähnliche Nebenwirkungen wie das Jod, es kam eine Rhodanakne und noch häufiger ein Rhodanschnupfen vor. Magenbeschwerden wurden auch bei längerem Gebrauch des Mittels nicht beobachtet.

Über Ionenwirkungen und ihre therapeutische Verwendung von Dr. Pauli (Münch. med. Wochenschr. Nr. 4. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 8).

Rückenmarkskrankheiten. Dass die Röntgographie bei Rückenmarks-

Digitized by Google

krankheiten nicht nur von diagnostischer, sondern auch von prognostisch-therapeutischer Bedeutung sein kann, erörterte Prof. v. Leyden (Berlin) in einem Vortrag an 20 schwierigen Rückenmarkserkrankungen seiner Klinik. Es zeigte sich z. B. in einem anfangs für luetisch gehaltenen Fall von Dorsalmyelitis eine (tuberkulöse) Wirbelkaries, was erst zur Einleitung einer rationellen Suspensionsbehandlung führte. Namentlich bei traumatischen Myelitiden kann das Röntgenverfahren zur Kontrolle der Extensionsbehandlung mit Vorteil benutzt werden. Diagnostisch wichtig ist, dass bei allen vorgeschritteneren Myelitiden an den dem Sitz entsprechenden Wirbeln osteoporotische Veränderungen nachweisbar sind. Auch Wirbeltumoren und Hämatomyelie sind eventuell dem Verfahren zugänglich. Bei negativem Röntgenbefund darf man mit grösster Wahrscheinlichkeit die Wirbelsäule als intakt betrachten. Inwieweit man hieraus auf das Rückenmark Rückschlüsse machen darf, ist noch unsicher. Weitere Untersuchungen müssen erst feststellen, ob und in welchem Stadium auch bei beginnenden rein zentralen Myelitiden, bei Poliomyelitis anterior und bei intrameningealen Tumoren aktinographisch Knochenveränderungen nachzuweisen und als Frühsymptome zu verwerten sind.

Prof. v. Leyden über Röntgographie bei Rückenmarkskrankheiten in der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 9. — Ther. d. Gegenw 4. H.).

S.

Salizylpräparate. Prof. Lüthje (Tübingen) war durch einige Beobachtungen darauf aufmerksam geworden, dass die Salizylpräparate doch samt und sonders die Nieren und die Harnwege stark reizen. Daraufhin stellte er in 33 Fällen entsprechende Untersuchungen an und fand in allen Fällen Zylinder und Zylindroide im Harne, sehr häufig etwas Eiweiss und fast stets Epithelien aus den verschiedenen Abschnitten des Harnapparates, sowie weisse und rote Blutkörperchen. Danach besteht für Lüthje kein Zweifel, dass die Salizylsäure stets die Harnwege reizt und eine leichte, meist schnell vorübergehende Entzündung der Niere hervorruft. Er meint nicht, dass man nun die Salizylsäure ganz verwerfen müsse, man müsse aber doch vorsichtig sein und das bedenkliche Mittel namentlich nicht zu lange fort geben.

Salocreol wird, wie Dr. Gnezda aus Prof. v. Leydens Klinik in Berlin mitteilt, durch Einwirkung von Salizylsäure auf Kreosot erhalten. Es ist eine fast geruchlose, braune, ölige, neutrale Flüssigkeit, welche in Wasser unlöslich, leicht in Alkohol, Äther und Chloroform löslich ist. Der Ester lässt sich durch Alkalien, Alkohol, selbst durch mehrstündiges Kochen mit Wasser leicht verseifen. Auf der Haut verrieben, wird Salocreol, ohne Färbung oder Reizung zu erzeugen, resorbiert, und zwar von fettreichen Stellen schneller als von fettarmen. Im Organismus wird es zerlegt; die Salizylsäure erscheint im Harn als Salizylursäure. Indiziert ist Salocreol bei rheumatischen Gelenkschwellungen, Erysipel, Arthritis deformans. Ganz besonders werden durch dasselbe akute und chronische Lymphadenitiden beeinflusst, auch Angina und Drüsenschwellungen nach Masern und Scharlach werden beseitigt. Bei der Applikation von Salocreol ist die Haut sorgfältig zu trocknen, da sonst eine resorptionswidrige Emulsion entsteht. Dosis 6—20 g pro die, rein, ohne Ölzusatz.

Über die Wirkung von Salizylpräparaten auf die Harnwege von Dr. Lüthje (Deutsches Arch. f. klin. Med. — Schm. Jahrb. 278. Bd. 4. H.). — Über Salocreol von Dr. Gnezda (Deut. Ärzte-Ztg. Nr. 4. — Ther. Monatsh. 7. H.).

Sauerstoffbehandlung. Dr. Stuertz stellte an der zweiten medizinischen Klinik in Berlin eingehende Versuche über in-

Digitized by Google

travenöse Sauerstoffinfusion an, aus welchen er den Schluss zieht, dass die infundierten Sauerstoffmengen nachweislich fast vollkommen für die Atmung verwendet werden. Durch diesen Nachweis gewinnt die Prüfung der therapeutisch-intravenösen Sauerstoffinfusion auch beim Menschen eine gewisse Berechtigung. Doch warnt er vor übertriebenen Hoffnungen. Die Indikation zur Anwendung der Sauerstoffinfusion beim Menschen wird, auch wenn die Gefahrgrenzen beim Menschen genau studiert sein werden, stets eine äusserst beschränkte bleiben. Sie dürfte gegeben sein nur bei höchster Lebensgefahr infolge akuter Störung der äusseren Atmung bei noch guter Herzkraft, z. B. bei Erstickungsgefahr durch Fremdkörper in den Luftwegen, durch Croupmembranen etc. etc., besonders in Fällen, in welchen die Atemmuskeln nicht fungieren. In solchen Fällen wird die O_2-Infusion dem der Erstickungsgefahr ausgesetzten Menschen höchstwahrscheinlich über einige Momente höchster Krise forthelfen und eventuell lebensrettend wirken können. Gegenüber der von Gaertner vorgeschlagenen Indikation bei CO-Vergiftung verhält sich Stuertz vorläufig noch skeptisch, da bezüglich dieser Frage nur grössere Versuchsreihen massgebend sein können. Pneumonie scheint ihm eher eine Kontraindikation zu sein, da das rechte Herz bei dieser Krankheit ohnehin schon schwer belastet ist, und da der wesentliche Punkt im Verlauf der Pneumonie die Erhaltung der Herzkraft ist.

Prof. Küttner (Tübingen) hat versucht, die physiologische Kochsalzlösung durch andere Flüssigkeiten zu ersetzen, aber ohne Erfolg. Das Adrenalin glaubt er nach seinen Versuchen für den Menschen nicht geeignet. Dagegen haben Sauerstoffinhalationen die Wirkung gehabt, dass es gelang, Tiere zu retten und am Leben zu erhalten, bei denen keine Kochsalzinfusion und auch kein anderes Verfahren im stande war resp. gewesen wäre, das Leben zu retten, bez. das verlorene Blut zu ersetzen. Besonders schien ihm die Sauerstoffinhalation unter erhöhtem Druck wirksam zu sein. Küttner beschreibt dann einen Apparat, der es möglich macht, physiologische Kochsalzlösung mit Sauerstoff zu sättigen und direkt in die Blutbahn zu bringen, um so mit stundenlanger Sauerstoffinhalation die bewährte Methode des Flüssigkeitsersatzes zu kombinieren und Sauerstoff in wirksamster Form ins Blut zu bringen.

Prof. Hagenbach-Burckhardt wandte Sauerstoffinhalationen bei 20 Patienten des Baseler Kinderspitals an, und zwar 15 mal bei diphtheritischer Larynxstenose, 3 mal bei katarrhalischer Pneumonie, 1 mal bei Nephritis mit Lungenödem und in einem Fall von Stenose wegen substernaler Struma. In einzelnen Fällen wurden bis zu 150 l und mehr O_2 innerhalb 24 Stunden verbraucht. Die Wirkung der Inhalationen auf Respiration und Zirkulation bezeichnet Autor als eine eklatante, mit keinem anderen der in solchen Fällen gebräuchlichen Medikamente bisher auch nur annähernd erzielte. Bei einigen Diphtheriekranken wirkte das Mittel direkt lebensrettend.

Nach den Erfahrungen von Prof. Kraus (Berlin) ist der praktische Wert der Sauerstofftherapie gegenüber den früheren Behauptungen ein beschränkterer, gerade bei Pneumonie hat der Autor fast nur schlechte Erfolge gesehen, auch den Todeskampf erleichtert die O_2-Inhalation nicht. Bei Tuberkulose ist in den allermeisten Fällen das Einatmen von Sauerstoff nutzlos. Bei Insufficientia et dilatatio cordis aus verschiedenen Ursachen bringt O_2-Einatmung öfters Erleichterung, von anhaltender Hebung des Pulses ist aber nichts zu konstatieren. Bei gewissen Vergiftungen ist der Wert der Sauerstofftherapie nicht zu bezweifeln (Kohlenoxydintoxikation); bei Anämien, Leukämie, Diabetes fand Kraus die O_2-Therapie ohne Erfolg. Als hauptsächlichste Indikation gilt für Kraus nur die Stenosierung der Luftwege, flache Atmung betrachtet er bloss als bedingte Anzeige, im schweren Koma mit Aussicht auf Wiederherstellung zieht Kraus meist künstliche Respiration vor.

Auf Grund seiner günstigen Erfahrungen mit der Sauerstoffbehandlung glaubt Dr. Foss, eine allgemeine Einführung dieses Hilfsmittels in die Balneotherapie empfehlen zu dürfen.

Digitized by Google

Bei Herzleiden wurde oft allein durch Sauerstoffinhalationen eine bedeutende und nachhaltige Kräftigung des Herzens bewirkt; in vielen Fällen glaubt Foss einen direkten „Sauerstoffhunger" als Symptom einer Herzaffektion annehmen zu müssen. Die subjektive Besserung nach der Inhalation hält durchschnittlich 1—2 Stunden an, auch eine dauernde Besserung trat bei vielen Herzkranken ein. Bei der Tuberkulose kann das Oxygen nach der Ansicht von Foss eine spezifische Heilwirkung nicht haben, findet jedoch seine Anwendung auf dem Gebiete der Krankenpflege. Die von Foss mit Sauerstoffbädern ausgeführten Versuche ergaben die interessante Tatsache, dass bei einem mit Oxygen imprägnierten heissen Bade die Herztätigkeit bedeutend ruhiger war als im gewöhnlichen heissen Bade.

Bezüglich der Ausführung der Sauerstoffanwendung hebt Dr. Cramer folgende zwei Punkte hervor. Erstens muss der aus der Bombe tretende Sauerstoff mit Wasserdampf versehen werden; trockener Sauerstoff reizt, wie jede trockene Luftart, die Schleimhäute der oberen Luftwege. Sodann muss der Sauerstoff erwärmt werden. Durch die Ausdehnung, die er beim Übergang vom komprimierten Zustande in den dem Atmosphärendruck entsprechenden erfährt, kühlt er sich erheblich ab, was gleichfalls schädlich wirken könnte. Beides lässt sich durch eine einfache Vorkehrung ermöglichen.

Dr. Diem demonstrierte der Gesellschaft der Ärzte in Wien einen Apparat für Sauerstoffinhalationen. Derselbe besteht aus einem auf einen Druck von 250 Atmosphären geprüften Stahlzylinder, in welchem sich 90 l reinen Sauerstoffs unter einem Drucke von 60 Atmosphären befinden. Beim Aufdrehen eines Ventils strömt das Gas durch ein Leitungsrohr und einen Schlauch aus Mosetig-Batist zu einer Atmungsmaske, welche durch ein Rohr mit einer Nasenolive ersetzt werden kann. In die Leitung sind eine Flasche, ein Manometer, welches den Druck des Sauerstoffgases und dessen verbrauchte Menge anzeigt, und ein Klappenventil eingeschaltet, welches die Dosierung der eingeatmeten Sauerstoffmenge gestattet. Die Maske besitzt zwei Ventile, welche den Eintritt des Sauerstoffes und das Ausströmen der Atemluft gestatten.

Dr. Bernabei bringt aus der Klinik zu Siena einen günstigen Bericht über Sauerstoffeinblasungen in den Darm und die therapeutische Wirkung derselben bei Osteomalacie, Arthritis deformans und tuberkulöser Peritonitis. Es wurden 1200, auch 1700 ccm O pro Tag eingeblasen, etwa alle zwei Tage, und 30000—40000 ccm im ganzen. Der kurative Erfolg soll bei tuberkulöser Peritonitis der gleiche sein wie ein durch Laparotomie zu erzielender; auch bei Arthritis deformans im Beginn soll diese Behandlung zur Heilung führen und in vorgeschrittenen Fällen zur Linderung der subjektiven Beschwerden. Namentlich aber bei der sonst einer erfolgreichen Behandlung unzugänglichen Osteomalacie bewährte sich diese neue Methode der Emphysitherapia enterica oxygenata.

Über intravenöse Sauerstoffinfusion von Dr. Stuertz (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 7. Bd. 2. u. 3. H.). — Prof. Küttner zur Frage des künstlichen Blutersatzes auf dem deutschen Chirurgenkongresse (Münch. med. Wochenschr. Nr. 24). — Über Sauerstoffinhalationen bei Kindern von Prof. Hagenbach-Burckhardt (Jahrb. f. Kinderheilk. 54. Bd. 4. H. — Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 7. Bd. 2. H.). — Zur Sauerstofftherapie von Prof. Kraus (Ther. d. Gegenw. 1. H. — Prag. med. Wochenschr. Nr. 46). — Beiträge zur Sauerstoffbehandlung von Dr. Foss (Deutsche Praxis Nr. 9). — Zur Sauerstoffanwendung vom Standpunkte der Krankenpflege von Dr. Cramer (Zeitschr. f. Krankenpfl. 25. Bd. — Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 7. Bd. 7. H.). — Dr. Diem über einen Apparat für Sauerstoffinhalationen in der Gesellschaft der Ärzte in Wien (Med. Woche Nr. 14). — Über Sauerstoffeinblasungen in den Darm von Dr. Bernabei (Rif. med. Nr. 6. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 23).

Schilddrüsentherapie. Dr. Briquet (Armentières) bespricht die Nosologie, Unfälle und Kontraindikationen der Schilddrüsenbehandlung. Er empfiehlt sorgfältige Überwachung der Thyreoidtherapie und fordert die Ärzte auf, strenge Kontrolle sowohl über die Dosierung, als auch Reinheit der zur Anwendung gelangenden Präparate auszuüben. In jenen Fällen, wo durch Schilddrüsenbehandlung Aussicht auf Er-

Digitized by Google

folg vorhanden sei, solle man mehr oder weniger langsam danach trachten, eine Verträglichkeit für das Produkt bei dem betreffenden Patienten zu erwirken. Auch selbst dann, wenn das Produkt schlecht vertragen wird, solle man mit der Thyreoidtherapie nicht sofort abbrechen. Dr. Briquet berichtet sodann, dass Thyreoideapräparate von den Kindern stets vorzüglich vertragen wurden. Als Anfangsdosis gab er $^1/_{20}$ g, steigerte dieselbe auf $^1/_{10}$ g und schritt auf diese Weise langsam vorwärts, bis er auf eine Tagesdosis von $^1/_4$—$^1/_2$ g angekommen war, die er jedoch stets genau dem Alter des betreffenden Patienten anpasste. Bei älteren Leuten rät er, grösste Vorsicht in der Schilddrüsenbehandlung walten zu lassen. Man solle geringere Dosen verabreichen, wie solche sonst erwachsene Personen erhalten, einesteils um arterielle oder häufig auftretende kardialische Läsionen, andererseits aber um Abmagerung zu verhindern, die das Produkt anscheinend herbeiführt. Als das empfehlenswerteste unter allen Präparaten erachtet Verfasser das Jodothyrin der Firma Bayer. Er rät, jedenfalls wenigstens einen Versuch mit ganz schwachen Dosen in all den Fällen zu machen, die in das spezielle Indikationsgebiet der Schilddrüsenbehandlung fallen. So beispielsweise bei bis zur Kachexie mit Albuminurie vorgeschrittenem Myxödem. Herzleiden an sich bilden keine direkte Kontraindikation, wie dies auch durch Beobachtungen von anderen Autoren bestätigt wurde. Doch sollte in den Fällen, wo es auf besondere Vorsicht ankommt, immer dem Jodothyrin der Vorzug gegeben werden.

Die Schilddrüsentherapie von Dr. Briquet (Presse méd. — Ärztl. Praxis Nr. 22).

Schlaflosigkeit. Dr. Behm macht auf jene Schlaflose aufmerksam, die in Wirklichkeit gar keinen kurzen Schlaf haben. Manche derselben schlafen tiefer und länger als Gesunde, aber der Schlaf sei unerquicklich, oft durch beängstigende Träume quälend. Das Aussehen dieser eingebildeten Schlaflosen sei häufig gut, während die Ernährung leidet, wenn Nächte schlaflos verbracht werden, auch bemerkten diese Schlaflosen in der Nacht oft starke Geräusche nicht, selbst nicht Gewitter und Feuerlärm, obgleich sie kein Auge zugetan haben wollen. Die meisten dieser Schlaflosen seien verstimmte, missmutige, unzufriedene und ungeduldige Kranke, die stürmisch nach Schlafmitteln drängen, bald aber merken, dass sie sich danach nur noch schlechter fühlen, weil eben die Schlaflosigkeit nur eine scheinbare ist. Diese Schlaflosen müssen kausal als Nervenkranke behandelt werden, und das Symptom der Schlaflosigkeit darf nicht in den Vordergrund der Behandlung treten. Schlafmittel müssen beschränkt werden. Auch schroffe Kaltwasserkuren und zu starke Bewegung im Freien schaden diesen Kranken. Jede Übermüdung muss vermieden werden. Feuchte, langdauernde Packungen, Baldriantee, Brom, viel Ruhe im Freien sind die Hauptmittel, auch die Regelung des Verdauungsapparates darf nicht vernachlässigt werden. Ebenso sind Aufregungen fern zu halten und die geistige Tätigkeit ist auf das zulässig niedrigste Mass einzuschränken. Viele Kranke dieser Art glauben durch Beseitigung störender Geräusche Hilfe zu finden und kommen dabei oft auf wunderliche Ideen. Selbst schwachen Geräuschen wird grosse Bedeutung beigelegt, die aber eben nur gehört werden, weil der Betreffende noch wach ist. In dieser Beziehung spielt die Psyche eine grosse Rolle. Eine Abdämpfung der Geräusche ist sehr wünschenswert, und wird dieselbe durch Einführung kleiner Gummihütchen in den Gehörgang, denen man noch Watte vorlegt, leicht herbeigeführt.

Dr. Gallavardin und Dr. Pehn heben die schlafbringende Wirkung des Theobromins besonders bei Herzerkrankungen hervor, wenn die kardiovaskulären Medikamente (Digitalis, Koffein, Strophantus, Jod etc.) und Hypnotika (wie Chloral, Brom, Sulfonal) versagt haben. Hauptsächlich wirkt als Schlafmittel das Theobromin bei sogenannten arteriellen Kardiopathien. Die schon bei schwieliger Myokarditis manifeste Wirkung wird deutlicher bei Veränderungen der Aorta (Atheromatosis der Aorta, Aortitis). Das Mittel scheint hier direkt zerebral zu wirken.

Digitized by Google

Dr. Behm über Störungen des Schlafes und deren Behandlung auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Kassel (Zentralbl. f. d. ges. Ther.). — Theobromin als Schlafmittel bei Herz- und Gefässerkrankungen von DDr. Gallavardin und Pehn (Lyon. méd. Nr. 45. — Med. Blätter Nr. 51).

Seekrankheit. Über das Zustandekommen der Seekrankheit stellt Prof. Binz (Bonn) folgende Sätze auf: 1. Das Schaukeln des Schiffes verursacht eine Verengung der Arterien des Kopfes und damit akute Blutarmut des Gehirns. 2. Diese akute, örtliche Blutarmut hat hier, wie bei ihren anderen Anlässen, zur raschen Folge Übelkeit und Erbrechen. 3. Die das Würgen und Erbrechen hervorrufende heftige Tätigkeit der Bauchpresse treibt eine grössere Menge Blut nach dem Gehirn, beseitigt so auf kurze Zeit dessen Blutarmut und unterbricht damit das Übelbefinden. 4. Der Magen spielt in der Seekrankheit nur eine passive Rolle; er wird von dem Zentralorgan zum Brechakt angeregt, gleichviel ob er gefüllt ist oder nicht. 5. Alles, was geeignet ist, die Zufuhr des Blutes zum Gehirn zu erleichtern und zu vergrössern, wirkt vorbauend, lindernd oder heilend auf die Seekrankheit. Als physikalisches Heilmittel gegen die Seekrankheit ist deshalb zuerst die horizontale Lage zu nennen; als diätetisches eine möglichst gute Ernährung des Gehirns durch eine kräftige Mahlzeit, einige Stunden ehe man zu Schiffe geht; als chemische Heilmittel kommen alle diejenigen in Betracht, die, ohne gerade giftig zu sein, eine Erweiterung der Gefässe des Gehirns herbeiführen, in erster Linie das Chloralhydrat, das man in Gaben von 0,3 g mehrmals tagsüber ruhig geben kann. Auch das Amylnitrit, in wenigen Tropfen (3) eingeatmet, schafft baldige Besserung und dürfte namentlich bei kurzen, aber schweren Seefahrten wohl zu empfehlen sein. Desgleichen wird Bromkalium und Antipyrin, in nicht zu kleinen Dosen verabfolgt, nutzbringend sein.

Über die Seekrankheit von Prof. Binz (Zentralbl. f. inn. Med. — Medico Nr. 9).

Sehnenplastik. Auf dem Kongress der deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie in Berlin sprach Dr. Vulpius (Heidelberg) gestützt auf über 400 eigene Operationen, über den heutigen Stand der plastischen Sehnenoperationen. Er bespricht nacheinander 1. die plastische Verlängerung, 2. die Verkürzung der Sehnen, 3. die Sehnenüberpflanzung. Die plastische Verlängerung wird erzielt durch den Treppenschnitt nach Bayer und seine subkutane Modifikation, durch frontale Spaltung der Sehne, durch Sehnendurchschneidung im Bereiche des Muskelbauches, durch Anlegung einer künstlichen Sehne. Die Heilung verläuft wie die der Tenotomiewunde: an die primäre bindegewebige Regeneration schliesst sich eine sekundäre tendinöse Regeneration an. Die Resultate sind bezüglich der Form und Funktion der operierten Sehne sehr gute zu nennen. Die Verkürzung erfolgt durch Exzision eines Sehnenstückes, Durchschneidung der Sehne und longitudinale Verschiebung, durch Faltenbildung, durch Raffnaht, durch aufsteigende periostale Überpflanzung. Die Heilung kommt unter lebhafter Regeneration und Degeneration zu stande. Ihre Indikationen findet diese Operation bei Überdehnung von Muskelsehnennarben, paretischer Erschlaffung (Inaktivität) etc. Die Resultate bestehen in der Wiederkehr der Funktion atrophischer Muskeln, z. B. bei der Radialislähmung, in der Fixation schlotternder Gelenke. Die Ausführung der Sehnenüberpflanzung geschieht nach genauer Aufstellung des Operationsplanes unter strengster Asepsis und Blutleere. Vor der Transplantation muss die vorhandene Deformität korrigiert werden. Von den verschiedenen Verpflanzungsmethoden bevorzugt Vulpius die absteigende Transplantation auf den nicht durchschnittenen Kraftempfänger. Man überpflanze möglichst funktionsverwandte Muskeln, verlagere die Sehnen subfascial oder durch die Membrana interossea. Die Befestigung erfolge unter mittlerer Spannung mittelst Knopf- und Kreuznähten. Als Nähmaterial bevorzugt Vulpius die Seide. Die Wunde wird völlig geschlossen, der Gipsverband bleibt etwa sechs Wochen liegen. Später kommen Massage und Übungen, Schienenstiefel

Digitized by Google

und dergleichen zur Verwendung. Voraussetzung für die Ausführung der Operation ist ein Funktionsverlust, bezw. eine Gleichgewichtsstörung innerhalb der Gelenkmuskulatur, sowie das Vorhandensein von genügend gesundem Muskelmaterial. Das Resultat besteht in der sofortigen Fixation des Gelenks, die durch den Heilverlauf eine definitive wird. Es kommt nicht zu einer völligen Restitution von normalem Sehnengewebe. Die künstlichen Sehnen dienen als Leitseil für die jungen Sehnenfibrillen; sie bewahren ferner während des Heilverlaufes die richtige Spannung. Das Endresultat ist abhängig von dem Muskelbefund. Je umschriebener die Lähmung war, desto vollkommener gestaltet sich der Effekt. Die Erfolge bestehen in der Beseitigung der Deformität, der Wiederkehr aktiver Beweglichkeit in normalen Bahnen, dem Verschwinden des Krampfes bei spastischen Lähmungen. Ihre speziellen Indikationen finden die Sehnenüberpflanzungen bei peripheren Lähmungen durch Verluste von Sehnen und Nerven, bei spinalen Lähmungen, speziell bei Poliomyelitis, bei spastischen Lähmungen zerebralen und spinalen Ursprungs. Ausser den Lähmungen eignen sich zur Überpflanzung auch Fälle von arthrogener Kniekontraktur, ferner einzelne Fälle von kongenitalem Klumpfuss. Vereinzelt kamen Sehnenüberpflanzungen bei Knick- und Plattfuss, Hallux valgus, Patellarluxationen u. a. m. zur Ausführung.

Prof. Lange (München) bespricht seine Operationspläne der periostalen Sehnenüberpflanzung, die wesentlich von denen des Vorredners abweichen. Lange ist der Ansicht, dass die abgespaltenen Muskelpartien nicht selbständig funktionieren. Er verliess deshalb die partielle Plastik und benutzte zum Ersatz der gelähmten Muskeln möglichst ganze und funktionsverwandte Muskeln (totale Plastik). Dieses Verfahren zwingt, minderwertige Muskeln im Interesse wichtiger Muskeln zu opfern. Lange führt die totale Plastik stets periostal aus, eventuell mit Hilfe der Verlängerung der vorhandenen Sehnen durch seidene Sehnen. Er bespricht genau die Technik dieser seidenen Sehnen und zeigt mikroskopische Präparate von seidenen Sehnen, die zwei und drei Jahre funktioniert hatten. Lange wendet die alte Nicoladonische Plastik der Überpflanzung von Sehne auf Sehne nur bei leichteren Aufgaben, wie Sehnenplastiken an der Hand an, während er für alle schwerere Aufgaben der periostalen Plastik entschieden den Vorzug gibt.

Dr. Vulpius und Prof. Lange über Sehnenplastik auf dem Kongresse der deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie in Berlin (Ther. d. Gegenw. 7. H. u. Med. Woche Nr. 27).

Septikämie. Dr. Elbrecht und Dr. Snodgras (St. Louis) haben die Wirkung der intravenösen Formalininjektionen bei Kaninchen geprüft, die mit Streptokokkenkulturen infiziert waren. Von zwei Streptococcuskaninchen, die mit Formalin 1 : 5000 behandelt waren, starb das eine am Tage nach der Injektion, das andere am dritten Tage. Die beiden Kontrolltiere starben ungefähr 36 Stunden nach der Impfung. Bei einer Konzentration von 1 : 2000 wurden zwei Tiere gesund, ein drittes starb am 11. Tage, obwohl auch bei diesem sich eine Wirkung auf die Körpertemperatur geltend gemacht hatte. Das Kontrolltier starb nach 36 Stunden. Von drei Streptococcustieren, die an Stelle von Formalin mit physiologischer Kochsalzlösung behandelt waren, starben zwei Tiere, das dritte war zur Zeit der Berichterstattung auf dem Wege der Besserung, wenn auch noch nicht im besten Zustande. Die Verfasser schliessen aus den Versuchen, dass eine Formalinlösung von 1 : 5000 nicht ausreicht, um eine spezifische Wirkung auf Mikroorganismen im Tierkörper zu äussern, dass eine Lösung von 1 : 2000 günstig zu wirken scheint, dass es aber fraglich sei, ob sie erheblich mehr zu leisten vermöge, als die Injektion physiologischer Kochsalzlösung.

Dr. Barrows (New-York) hat einen Fall von akuter Septikämie mittelst intravenöser Infusion von Formaldehyd behandelt. Er hat eine Formalinlösung von 1 : 5000 injiziert und die Dosis derartig gewählt, dass der Gehalt von Formalin im Gesamtblut etwa 1 : 50000

Digitized by Google

betrug. Barrows kommt zu dem Schlusse, dass die von ihm gewählte Konzentration (1:5000) ohne Schaden für den Patienten injiziert werden kann. Er legt Wert darauf, dass zur Herstellung physiologische Kochsalzlösung genommen werde.

Untersuchungen über die Formalinbehandlung von Streptokokkeninfektion bei Kaninchen von DDr. Elbrecht und Snodgras (Interst. Med. Journ. Nr. 2. — Ther. Monatsh. 4. H.). — Die Behandlung akuter Septikämie mittelst intravenöser Infusion von Formaldehydlösung nebst Bericht über einen Fall von Dr. Barrows (New-York med. Journ. Nr. 5. — Ther. Monatsh. 4. H.).

Silberpräparate. Nachdem Dr. Credé im Jahre 1897 seine ersten Erfahrungen über Kollargol veröffentlicht hatte, sind von verschiedener Seite günstige Erfolge mitgeteilt worden. Das bisher zur intravenösen Injektion benützte Präparat hatte aber einige Mängel aufzuweisen, welche seiner allgemeinen Verbreitung hinderlich im Wege standen. Alle diese Nachteile hören bei Benützung des neuen Präparates auf, welches mit Wasser eine vollständig klare braune Flüssigkeit gibt, während das frühere eine trübe, milchige Emulsion bildete. Bei Anwendung dieses neuen Präparates kamen im Anschlusse an die Injektion keine Schüttelfröste mehr vor. Die Injektionen müssen unter aseptischen Kautelen gemacht werden, für eine Injektion genügen 2–10 ccm einer 2%igen Lösung (also 0,04—0,20 Kollargol). Schon wenige Stunden nach der Injektion macht sich eine günstige Wirkung bemerkbar; der Kranke wird ruhiger, schwitzt, Puls und Temperatur bessern sich. Bei schweren Erkrankungen muss die Injektion nach 8—12 Stunden wiederholt werden, meistenteils hält jedoch die Wirkung 24–36 Stunden an. Ausser den Injektionen mit Kollargol sollen auch Einreibungen mit Unguentum Credé gemacht werden. Die vom Verfasser nach dieser Methode behandelten Fälle betreffen: 1. schwere Phlegmonen und Gangränen, 2. allgemeine Sepsis, 3. Puerperalfieber, 4. Pyämie, 5. septische Osteomyelitis, 6. Polyarthritis septica, 7. ulzeröse Endokarditis, 8. schwere Erysipele, 9. Peritonitis, 10. Erythema nodosum, 11. Milzbrand und 12. hoffnungslose Phthise. Im Anschlusse an die Behandlung traten häufig schnelle und dauernde Besserungen ein.

Dr. Schmidt berichtet aus der chirurgischen Abteilung des Stadtkrankenhauses in Dresden über sehr günstige Erfolge der intravenösen Injektionen bei den verschiedensten septischen Prozessen. Die der Arbeit beigegebenen Temperaturkurven zeigen den jedesmaligen jähen Temperaturabfall im Anschluss an die Injektion. Häufig geht aber das Fieber nochmals in die Höhe und es wird notwendig, nach 12—24 Stunden eine neue Injektion zu machen. Ausserdem besserte sich nach der Injektion stets das Allgemeinbefinden, die Patienten schliefen ruhig ein, der Kopfschmerz hörte auf; häufig war ein starker Schweiss ausgebrochen. Nach den Injektionen mit dem früher gebräuchlichen Präparat, welches in Wasser nicht vollkommen löslich war, beobachtete man häufig Schüttelfröste, welche bei Benützung des neuen Präparates nicht mehr beobachtet wurden. Die Injektion wird intravenös mit der Pravazschen Spritze nach leichter zentraler Abschnürung der Extremität behufs Sichtbarmachung der Vene ausgeführt. Nur bei fettleibigen Personen ist es notwendig, die Vene durch einen Schnitt blosszulegen, um leicht und sicher in das Lumen zu gelangen. Die Injektion wird langsam gemacht, und zwar derart, dass jede 5—10 Sekunden der Spritzenstempel um 1—2 Teilstriche vorgeschoben wird. Die Konzentration der Lösung betrug 2—5%. Die gewöhnlich auf einmal eingespritzte Menge betrug 0,05—0,1 Kollargol. Das Verfahren ist sehr einfach und für den praktischen Arzt sehr leicht ausführbar. Verfasser hat das Verfahren bei Osteomyelitis septica, Appendicitis perforativa, Erysipelas phlegmonosum, bei Septikämie, natürlich mit gleichzeitiger Entleerung des Infektionsherdes mit gleich gutem Resultate benützt. Ausserdem waren auch Erfolge zu verzeichnen bei Polyarthritis septica mit Endokarditis und bei Puerperalsepsis.

Dr. Rommel (Neuzelle) hat das Unguentum Credé — in Dosen von 3 g, bei Kindern 1—2 g — bei Gelenkrheumatismus, Blinddarmentzündung, Pneumonie, Brustfellentzündung, Influenza, fleckiger Mandelentzündung und beginnenden Ab-

Digitized by Google

szessen in den Gaumenmandeln, bei Scharlach und Masern mit gutem Erfolge angewendet.

Prof. Netter hat auch gute Resultate mit der Kollargolbehandlung erzielt. Er hat Injektionen und Einreibungen angewandt. Es handelte sich um schwere Fälle von Perikarditis, Meningitis cerebrospinalis suppurativa, um Scharlach, Typhus, akute Miliartuberkulose und sogar um eine Pyämie, bei welch allen so verschiedenen Affektionen das Kollargol, zuweilen sogar schon nach einmaliger Anwendung, bedeutende Besserung erzielte. Zwar ist es nicht als Panacee anzusehen und es kamen auch Misserfolge vor, und man darf deshalb nicht auf die übrigen, als gut erkannten Mittel bei den diversen Erkrankungen verzichten. Netter scheint es nicht so sicher, wie Credé, dass die Wirkung des Kollargols auf seinen antiseptischen, resp. bakterientötenden Eigenschaften, welche sogar ziemlich schwache seien, beruhe. Vielleicht, glaubt er, kommt eine Neutralisation der Toxine, was mit der auffallend raschen Besserung des Allgemeinbefindens in Einklang wäre, vielleicht eine Anregung der Verteidigungskraft des Organismus durch Kollargol zu stande. Wenn auch der Mechanismus von dessen Wirkung noch nicht geklärt ist, so ist die günstige Wirkung auf viele Krankheiten als feststehend anzusehen.

Dr. Rénon und Dr. Louste berichten über einen Fall von Typhus, welcher von Beginn der zweiten Woche an mit täglichen Einreibungen der 15%igen Kollargolsalbe behandelt wird und nach fünf Tagen schon beinahe völlig erloschen zu sein scheint. Ersterer erinnert daran, dass schon seit 1886 ein Pariser Arzt, Follet, Injektionen von metallischem Silber (1:100 künstlichen Serums) anwendet und damit bei verschiedenen Krankheiten, besonders bei Tuberkulose, wo es gemischt mit Guajakol und Eukalyptol angewandt wird, Erfolge hat.

Für die Augenpraxis liegt nach Dr. Meyers Erfahrungen der Hauptwert der Credéschen Silbertherapie in der lokal und allgemein gefahrlosen Wirkung derselben, welche unter Beobachtung der bisher üblichen Vorsichtsmassregeln sicherer als zuvor die Herstellung eines aseptischen Operationsfeldes am Auge gestattet und unter dauernder Entfaltung ihrer antiseptischen Kraft ungemein entzündungswidrig ist. Ausgezeichnete Erfolge hat nun der Autor mit der Credéschen Silbertherapie erzielt bei: Verletzungen der Lider, der Bindehaut und der Orbita, und zwar wurde in die verletzten Gewebe durch Ballondruck Itrol hineingepresst und zu Verbandszwecken eine eiweisshaltige Kollargollösung (1:1000) angewendet. Weder Itrol noch Kollargol rufen bei Berührung mit der Hornhaut Trübungen derselben hervor. Auch bei Fremdkörperverletzungen der Kornea und Sklera mit mehr oder weniger stark vorgeschrittenen sekundären Reizerscheinungen, auch penetrierenden Verletzungen, trat bei Itrolbehandlung und Kollargolverband reizlose dauernde Heilung ein. Itrol in Verbindung mit Kollargollösung wurde ferner bei Operationen an den Lidern, den Tränenorganen und bei Schieloperationen mit ausgezeichnetem Erfolge verwendet. Geradezu Hervorragendes wurde mit dieser Silbertherapie bei blennorrhoischen Zuständen Erwachsener und Kinder erzielt; ganz besonders leistungsfähig hat sich Itrol bei der Trachombehandlung gezeigt. Hornhautgeschwüre, Descemetitis mit Hypopyonbildung werden unter Itroleinstäubung und allgemeiner Silbereinverleibung sehr günstig beeinflusst, ebenso wurde die Silbertherapie mit sehr gutem Erfolge bei einigen parenchymatösen Hornhautentzündungen, bei primären Iritiden und Cyklitiden auf nicht syphilitischer Basis angewendet. Ausgenommen von der Silbertherapie sind tuberkulöse Erkrankungen des Auges.

Die Behandlung septischer Erkrankungen mit intravenösen Kollargolinjektionen von Dr. Credé (Arch. f. klin Chir. 49. Bd. 1. u. 2. H. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 4. H.). — Über die Wirkung intravenöser Kollargolinjektionen bei septischen Erkrankungen von Dr. Schmidt (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 15 u. 16). — Über Unguentum argenti colloidalis Credé, seine Anwendungsweise und Wirkung von Dr. Rommel (Ther. Monatsh. 10. H.). - Prof. Netter, Dr. Rénon und Dr. Louste über Anwendung des Kollargols in der Société médicale des hôpitaux zu Paris (Münch. med. Wochenschr. Nr. 2). — Über den Wert der Credéschen Silbertherapie für die Behandlung von Augenkrankheiten von Dr. Meyer (Hirschb. Zentralbl. f. prakt. Augenheilk. 2. H. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 5. H.).

Digitized by Google

Skabiol. Das Skabiol, das als Antiscabiosum in den Handel gebracht wird, ist eine rotbraune, geruchlose Flüssigkeit von Wasserkonsistenz und enthält als hauptsächlichste Bestandteile 20% Styrax, Spiritus und Seife. Dr. Barabás (Marosvásárhely), welcher das Skabiol bei 50 Patienten geprüft hat, hebt hervor, dass das Mittel völlig frei von dem unangenehmen Geruch des Styrax ist; die mit ihm bei Skabies erzielten Erfolge waren recht gute. Rezidive wurden in 4% resp. 2% beobachtet, doch ist das Rezidivieren nicht dem Skabiol, sondern der Unachtsamkeit der Patienten zuzuschreiben. 22% der entlassenen Patienten stellten sich nach einiger Zeit zur Besichtigung vor und wiesen keinerlei Krankheitserscheinungen auf. Die Vorzüge des Skabiols vor den gebräuchlichen Mitteln bestehen, ausser in dem Freisein von üblem Geruch, darin, dass es die Haut und auch die Wäsche nicht beschmutzt, weil es infolge seines grossen Alkoholgehaltes sich schnell verflüchtigt und schnell auf der Haut eintrocknet. Die Manipulation mit Skabiol ist demnach bequem und angenehm. Bestehen am Körper Ekzeme oder aufgeriebene Stellen, so folgt nach der ersten Einreibung ein geringfügiges, später kaum mehr fühlbares Brennen; stärkere Reizung, Dermatitis, ist nicht beobachtet worden. Die Heilung der Skabies erfolgte nach 2—7maliger Einreibung und nie wurde es erforderlich, ein anderes Scabiosum zur Unterstützung der Wirkung heranzuziehen. Hinzu kommt noch, dass das Skabiol um ungefähr 25% billiger als Unguentum Wilkonsoni und andere Mittel ist.

Der Heilwert des Skabiols, eines neuen Mittels gegen Skabies von Dr. Barabás (Pest. med.-chir. Presse Nr. 43. — Ther. Monatsh. 12. H.).

Skarlatina. Dr. Moser hat in grösserem Massstabe Heilversuche mit seinem Streptokokkenserum bei Scharlach angestellt. Er behandelte zu diesem Zwecke Pferde mit lebenden Bouillonkulturen, die direkt aus dem Herzblute von Scharlachleichen angelegt waren. Es wurden 180 ccm eingespritzt, anfänglich oft weniger mit geringerem Erfolge. Moser ist der Ansicht, dass das verwendete Serum den Scharlach günstig beeinflusst, und dass seine frühzeitige Anwendung zu empfehlen ist. Er neigt der Anschauung zu, dass die Behandlung eine spezifische ist, die Streptokokken also vielleicht doch die Erreger des Scharlachs sind.

Über die Erfolge der Scharlachbehandlung mit dem Moserschen Serum an der Universitätskinderklinik in Wien berichtet Prof. Escherich. Das Serum kommt in der Normaldosis von 100—200 ccm zur Injektion; auf den sorgfältigen Verschluss der Einstichstelle mittelst Jodoformkollodium ist Gewicht zu legen. Nachfolgende Exantheme, Ödeme und Fiebertemperaturen, doch stets ohne bleibenden Nachteil, kamen in 75% der (112) injizierten Fälle zur Beobachtung. Das Serum entfaltet einen ausgesprochenen, nach 4—12stündiger Karrenzzeit zu beobachtenden Einfluss gerade auf die Symptome, die nicht der primären Infektion, sondern der Allgemeinintoxikation mit dem Scharlachgifte zuzuschreiben sind, es wirkt also antitoxisch. Dies zeigt sich eklatant an den im Beginne mit hohem Fieber, Delirien, Somnolenz, Konjunktivitis und grünen Diarrhöen einhergehenden hypertoxischen Fällen. Hier wirkt das Serum — bei voller Dosis und frühzeitiger Injektion — zauberhaft. Nach 4—12 Stunden sinkt die hochfebrile Temperatur ohne Schweiss und Kollaps um zwei und mehr Grade, ebenso gehen Puls- und Respirationszahl, Blutdruck und Exanthem rasch zurück. Somnolenz und Delirien schwinden, die Kinder sind wie aus einem Schlaf erwacht, frisch und lebendig. Das Maximum der Wirkung fällt in die 18.—30. Stunde nach der Injektion. In günstigen Fällen bleibt die Temperatur dauernd afebril, oft aber auch erst, nachdem sie am nächsten Abend noch einen febrilen Anstieg gezeigt hat. Das Exanthem schwindet erst in den nächsten Tagen. Bei ungenügender Dosis kommt es zum lytischen, eine abgekürzte Fieberkurve zeigenden Verlauf. Auf die infektiösen Symptome, Rachenbelag, Drüsenschwellung wirkt das Serum in geringerem Masse; es schwächt diese am dritten oder vierten Krankheitstage auftretenden Erscheinungen nur ab. Ist es jedoch zu Kom-

Digitized by Google

plikationen (Otitis, Lymphadenitis supp., Endokarditis etc.) gekommen, so hat das Serum darauf, auf den Fieberverlauf und auf die Nachkrankheiten keinen Einfluss, ja es vermeidet das Zustandekommen solcher nicht einmal. Kontrollversuche mit normalem Pferdeserum und Behandlung nur eines Kindes mit Scharlachserum, wenn zwei Kinder gleichzeitig erkrankt waren, haben die sichere antitoxische Wirkung des Serums noch deutlicher erwiesen. Dem Absinken der perzentualen Mortalität ist weniger Bedeutung zuzumessen, als den objektiven Beobachtungen am Krankenbett. Bei Sichtung der Fälle nach den Krankheitstagen, an denen sie zur Behandlung kamen, zeigt sich unter den am ersten und zweiten Krankheitstage Injizierten kein Todesfall und dann ein rascher Anstieg der Mortalität von 13 auf 50%. Es empfiehlt sich daher die Injektion der vollen Dosis möglichst frühzeitig vorzunehmen.

In 26 Scharlachfällen, deren Prognose zum Teil dubia ad malum vergens, zum Teil letal gestellt wurde, hat Dr. Pospischill (Wien) das Moserschе Serum zur Anwendung gebracht. Von 12 Kindern mit ersterer Prognose wurden 9, von 13 mit letzterer 5 geheilt. Sein Urteil fasst der Verfasser folgendermassen zusammen: Temperaturabfall, Abnahme der Puls- und Respirationsfrequenz, Voller- und Härterwerden des Pulses, Freiwerden des Sensoriums, ruhiger Schlaf, Warmwerden der Peripherien, Schwinden der Cyanose, vermehrte Nahrungsaufnahme waren die auffallenden, unmittelbaren Folgen der Injektion. In den späteren Tagen imponierte ihm bei den Nekrosen die Rötung der Schleimhaut, das Fehlen oder rasche Schwinden des Fötors, das geringe Leiden der Kinder. Als schönste Dauerwirkung des Moserschen Serums muss er es betrachten, wenn eine 14 Tage nach der Injektion auftretende Streptokokkensepsis in Hämorrhagien und Temperaturanstieg ihren alleinigen klinischen Ausdruck findet, um in Genesung zu enden.

Dr. Rumpel (Hamburg) hat einen Versuch mit der Behandlung durch Rekonvaleszentenserum bei Scharlach gemacht, da wegen der langen Immunität nach überstandenem Scharlach das Vorhandensein eines Antitoxins zu vermuten ist. Für die Behandlung wurden ausschliesslich schwerste Fälle ausgewählt, weil bei jeder derartigen Serumeinspritzung mit der Möglichkeit einer anderweitigen Übertragung (Lues) gerechnet werden muss, und weil gerade bei diesen schwersten Fällen ein Effekt am leichtesten zu konstatieren ist. Prognostisch am ungünstigsten sind diejenigen Fälle, bei denen ohne sonstige Komplikationen bereits am zweiten Tage Benommenheit besteht, völlig aussichtslos erscheinen Fälle, bei denen das Exanthem schon am zweiten Tage abblasst. Die an dem gesamten Krankenmaterial erhobenen bakteriologischen Befunde zeigen, dass die Streptokokken bei der Erkrankung speziell vom 3.—5. Tage eine bedeutende Rolle spielen. Rumpel veröffentlicht eine Reihe Tabellen, die über die Häufigkeit des positiven Befundes Aufschluss geben, und bemerkt dazu, dass mit Ausnahme eines Falles alle diese Kranken starben. Auf der anderen Seite boten aber auch Kranke ohne Streptokokken das schwerste Bild und gingen zu grunde. Nennenswerte Unterschiede von den bei anderen Krankheiten gezüchteten Streptokokken weisen diese Mikroorganismen nicht auf, die Kulturen wachsen langsam und sind wenig tierpathogen. Wurde Scharlachblut als Nährboden benutzt, so liess sich keine besondere Einwirkung auf die Streptokokken erkennen, jedenfalls gab es kein Hemmnis für ihr Wachstum ab. Was nun die Behandlung mit dem Serum betrifft, so ergibt sich aus dem Zahlenmaterial, dass bei möglichst frühzeitiger Injektion (1.—3. Tag) die Krankheit eine günstigere Wendung zu nehmen scheint; ein zwingender Beweis dafür kann allerdings nicht erbracht werden. In sechs Fällen schien der am nächsten Tage eintretende kritische Temperaturabfall dafür zu sprechen. Jedenfalls empfiehlt es sich, möglichst frühzeitig einzuspritzen, da die Anzahl der Todesfälle um so grösser war, je später die Therapie einsetzte. Eine günstige Beeinflussung der Komplikationen war nicht zu erkennen, in dieser Beziehung verliefen die behandelten Fälle ebenso

Digitized by Google

schwer, wenn nicht schwerer, als die nicht behandelten.

Da Streptokokken nur in 13% der Fälle im Blut gefunden sind, so können sie nach Dr. Voigts Ansicht nicht das Kontagium des Scharlachs sein, dagegen dürften sie vielleicht für die Schwere der einzelnen Erkrankung in Frage kommen. Die Serumtherapie kann höchstens bei schwersten Fällen zur Anwendung gebracht werden; von dem Rekonvaleszentenserum kann man sich nach Analogie der bei den Pocken gemachten Erfahrungen möglicherweise Erfolg versprechen, wenn sehr grosse Mengen verwandt werden, vielleicht wäre auch ein Versuch mit dem Serum gesunder Menschen zu machen.

Dr. Charlton hat 117 Fälle von Scharlach genau bakteriologisch untersucht und gefunden, dass in 55,5% der Fälle sich Streptokokken nachweisen liessen. Dieselben konnten aus dem Blute, dem Urin (bei vorhandener Nephritis) vom Belage der Mandeln und aus dem Eiter eingeschmolzener Halsdrüsen gezüchtet werden. Er behandelte dann 15 Fälle mit einem Antistreptokokkenserum, das von Stearns (Detroit) hergestellt wird. Die Erfolge waren ausgezeichnet, obwohl nur sehr schwere Fälle gespritzt wurden (20 ccm oder mehr), genasen 13 vollständig; die Heilungsdauer wurde abgekürzt und es traten keine Komplikationen (Albuminurie, Otitis, Lymphadenitis) auf. Ein sterbend eingelieferter Fall starb fast sofort, ein anderer mit schwerer Pneumonie am fünften Tage. Versuche mit Serum, das von anderen Laboratorien hergestellt war, verliefen sehr viel weniger günstig. Den von Class (Chicago) beschriebenen Diplococcus hat Verfasser oft gefunden, hält ihn aber nicht für den Erreger der Krankheit.

Prof. Heubner (Berlin) steht auf dem Standpunkt, dass die Streptokokken nicht die Erreger des Scharlachs sind, aber dabei eine bedeutende Rolle insofern spielen, als sie die Mehrzahl der tödlichen Wendungen verursachen. Zur Abwendung der Streptokokkengefahr hat er in früheren Jahren das Marmorek'sche Serum ohne Erfolg versucht und hat in letzter Zeit die neueren Sera in einigen schwereren Fällen angewendet. Mit dem Aronson'schen Serum wurden 8 Fälle (4 Todesfälle), mit dem Moser'schen 4 Fälle (2 Todesfälle) und mit dem Menzer'schen 6 Fälle (1 Todesfall) behandelt. Häufig wurde nach den Serumeinspritzungen zunächst ein Temperaturabfall beobachtet, doch wurde der weitere Verlauf im allgemeinen nicht beeinflusst, insbesondere konnte auch die Entwickelung einer Sepsis und Endokarditis nicht verhindert werden. Der allgemeine Eindruck ist nicht so günstig wie beim Diphtherieserum, den besten machte das Menzer'sche Serum.

In 102 nicht ausgesuchten Fällen von Scharlach, wo Dr. Widowitz (Graz) anfänglich, sowie in der dritten Woche kleine Dosen Urotropin (0,05—0,5 3mal täglich) darreichte, sah Verfasser niemals Nephritis auftreten. Auch in einem Fall von paroxysmaler Hämoglobinurie zeigte sich von dieser Therapie ein auffallend günstiger Erfolg. Verfasser möchte das Medikament nicht als Spezifikum gegen Scharlachnephritis bezeichnen, fordert aber zu Nachprüfungen auf.

Über die Behandlung des Scharlachs mit einem Scharlachstreptokokkenserum von Dr. Moser (Jahrbuch f. Kinderheilk. 7. Bd. 1. u. 2. H. — Schm. Jahrb. 280. Bd. 10. H.). — Die Erfolge der Serumbehandlung des Scharlachs an der Universitätskinderklinik in Wien von Prof. Escherich (Zentralbl. f. d. ges. Ther. 8. H.). — Mosers Scharlach-Streptokokkenserum von Dr. Pospischil (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 15). — Dr. Rumpel und Dr. Voigt über Behandlung des Scharlachs mit Rekonvaleszentenserum im ärztlichen Verein zu Hamburg (Ther. Monatsh. 9. H.). — Die Behandlung des Scharlachs mit Antistreptokokkenserum von Dr. Charlton (Montr. med. Journ. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 22). — Prof. Heubner über Serumbehandlung des Scharlachs in der Gesellschaft der Charité-Ärzte in Berlin (Münch. med. Wochenschr. Nr. 27). — Urotropin als Prophylaktikum gegen Scharlachnephritis von Dr. Widowitz (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 40).

Sklerodermie. Prof. Ebstein (Göttingen) veröffentlicht folgenden Fall. Ein acht Jahre alter Knabe erkrankte an rheumatischen Schmerzen und im Anschluss daran an typischer (allgemeiner) Sklerodermie. Ausserdem war an der Herzspitze ein blasendes systolisches Geräusch zu konstatieren. Noch nirgends war der Prozess in das Stadium eingetreten, in

Digitized by Google

welchem die Haut atrophisch, straff und verkürzt wurde, vielmehr handelte es sich um eine Verdickung der Haut, an welcher eine mehr oder weniger starke Durchtränkung derselben mit Flüssigkeit einen wesentlichen Anteil hatte. Im allgemeinen gilt die Prognose für vollkommene Heilung der Sklerodermie nicht als günstig, doch sollen im Kindesalter bei diffusen Formen die Aussichten besser sein. Es wurde nun folgende Behandlung in Anwendung gebracht: Bäder mit essigsaurer Tonerde in einer Konzentration von 0,25—0,5%, Massage mit Borsalizylsalbe (1,0 Na. salic. : 100,0 Ung. boricum) und innerliche Darreichung von Natrium salicylicum (3,0 pro die). Tatsächlich hatte das Verfahren ausgezeichneten Erfolg. Nach vierteljähriger Behandlung war eine sehr bedeutende Besserung eklatant.

Zur Pathologie und Therapie der Sklerodermie im Kindesalter von Dr. Ebstein (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 1 u 2. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. z. H.).

Skoliose. Dr. Hoeftmann rühmt die Erfolge der Kombination der redressierenden Skoliosenbehandlung mit einer regelrecht durchgeführten Überernährung nach Weir-Mitchell.

Skoliosenbehandlung mit Zuhilfenahme der Weir-Mitchellschen Kur von Dr. Hoeftman (Hoffas Zeitschr. f. orthop. Chir. 9. Bd. 1. H.).

Skorbut. Dr. Vohryzek berichtet über 15 Skorbutfälle, bei denen Borsäure zum Teil in ganz enormen Dosen zur Anwendung gelangte. Der Erfolg war ein so günstiger und die Wirkung trat so prompt ein, dass der Verfasser sie als eine spezifische bezeichnet. Alle Symptome wurden in kurzer Zeit zum Schwinden gebracht, kein einziger Fall verlief letal, obzwar die schweren Blutungen bei einer anderen Behandlung sicher verhängnisvoll gewesen wären. Die gewöhnliche Dosis betrug 5 g täglich in wässeriger Lösung (5 : 200) esslöffelweise gegeben. In einigen Fällen wurde jedoch über diese Gabe hinausgegangen. So erhielt eine 62jährige Arbeiterin während 14 Tagen 6 g täglich, ja es wurden sogar bis zu 100 g in zehn Tagen verabreicht. Trotz dieser grossen Menge wurden in keinem einzigen Falle Intoxikations-Erscheinungen beobachtet; nicht nur die Blutergüsse verschwanden unter der Borsäuremedikation, sondern auch bestehende gastrointestinale Erscheinungen. Angesichts dieser Tatsachen erscheint der Hinweis von seiten der Borsäure-Gegner auf die Gefahren der Verwendung borhaltiger Nahrungsmittel für Expeditionen und zur Proviantierung von Schiffen in keiner Weise berechtigt. Verfasser hat im Laufe von neun Jahren die Borsäure auch bei anderen Krankheiten verordnet. Bei Gärungsvorgängen im Magen und Darme leistet sie in Fällen von akutem genuinen, epidemischem Magenkatarrh neben salizylsaurem Natrium die besten Dienste, bei exulzerierten Neubildungen im Magen scheint sie dagegen ohne Wirkung zu sein. Bei Blasenkatarrhen mit alkalischem, stark zersetztem Harn wird dieser in wenigen Stunden sauer, während die anderen krankhaften Symptome, Schmerzen, Strangurie etc. nicht beeinflusst werden; auch bei Cystopyelonephritis ist kein Erfolg zu beobachten. Ebenso lässt das Mittel im Stich bei Purpura senilis, Variola hämorrhagica, Scarlatina hämorrhagica sowie bei anderen septischen Prozessen mit Blutzersetzung.

Über den therapeutischen Wert der Borsäure bei Skorbut von Dr. Vohryzek (Klin.-ther. Wochenschr. Nr. 10 u. 11. — Ther. Monatsh. 4. H.).

Soor und Stomakake. Bei Soor wendet Dr. Wladimirow (Moskau) folgendes Verfahren an: Nach sorgfältiger Reinigung der Mundhöhle mit Watte wird dieselbe gründlich mit einer 2%igen Lapislösung ausgepinselt; darauf folgt eine neutralisierende Pinselung mit Kochsalzlösung. Wladimirow hat dieses Verfahren während der letzten zwei Jahre im Ambulatorium ausgeübt und ist mit seinen Resultaten sehr zufrieden. Meistens genügten ein bis zwei Pinselungen. Bei Stomakake wendet Wladimirow Pinselungen mit reiner Jodtinktur an. Die affizierte Schleimhaut wird zunächst

Digitized by Google

sorgfältig vom Eiter befreit und dann wiederholt mit Jodtinktur bestrichen, bis sie eine dunkle Bronzefärbung annimmt. Eine besondere Beobachtung verlangt hierbei der Zustand der Zähne: kariöse Zähne werden gereinigt und mit einem Desinficiens tamponiert; die scharfen Ränder derselben werden abgetragen; schmutzige und wackelnde Zähne werden sorgfältig gereinigt, aber nicht entfernt. Bei diesem Verfahren nimmt die Empfindlichkeit der Schleimhaut schnell ab und die Kinder fangen an zu essen, der Fäulnisgeruch schwindet und die ulzerierten Stellen verheilen schnell. Bei zweimaligen Pinselungen des Tages dauert die Behandlung in schweren Fällen vier bis fünf Tage, in leichten und mittelschweren nicht länger als 1—3 Tage.

Dr. Wladimirow über die Behandlung des Soor und der Stomakake in der kinderärztlichen Gesellschaft in Moskau (Arch. f. Kinderheilk. 35. Bd.).

Stauungshyperämie. Dr. Habs (Magdeburg) berichtet über die Erfahrungen, welche er bei der Anwendung der Bierschen Stauungshyperämie bei verschiedenen Krankheiten gemacht hat. Zunächst empfiehlt Verfasser in allen Fällen von lokaler Tuberkulose der Knochen und Gelenke die Stauungshyperämie als einleitendes Verfahren bei der Behandlung zu versuchen; bei geschlossener Tuberkulose (d. h. ohne Fistelbildung) gelingt es dabei oft, ohne jede Operation durch ausschliessliche Anwendung der Stauungshyperämie Heilung zu erzielen. Bei offener Tuberkulose jedoch, sowie bei schweren Knochenzerstörungen, insbesondere bei Sequesterbildung, soll man nach Verfasser nicht lange Zeit damit vergeuden; man kommt in diesen Fällen durch ausgiebige Operation weit schneller zum Ziele, als durch ausschliessliche Anwendung der Stauungshyperämie. Ferner wurden gute Erfolge mit der Bierschen Stauung bei der gonorrhoischen Gelenkentzündung erzielt. Die grosse Schmerzhaftigkeit bei dieser Affektion verschwand sehr schnell, der Erguss gelangte jedesmal zur spontanen Resorption. Ähnliche Besserungen beobachtete Verfasser bei den chronisch-rheumatischen Gelenkentzündungen, doch zog sich die Behandlung hierbei sehr in die Länge; daher bevorzugte Verfasser dabei mehr die Heissluftbehandlung. Bei Arthritis deformans waren die Resultate wenig günstig. Sehr gute Erfolge wurden bei Gelenksteifigkeiten nach Verletzungen erzielt, wobei die Stauungshyperämie kombiniert mit Massage und Medikomechanik zur Verwendung kam. Ferner wurden eine Anzahl Erfrierungen ersten und zweiten Grades mit Erfolg der Stauungshyperämie unterzogen. Ausser der passiven Stauungshyperämie wurde in neuerer Zeit von Bier u. a. auch die aktive Hyperämie durch heisse Luft, heisse Umschläge usw. (Heissluftkästen, Glühlichtbäder) als therapeutisches Agens in Anwendung gezogen. Die Wirkung der aktiven Hyperämie ist nach Bier einmal eine schmerzstillende, zweitens eine resorptionsbeschleunigende. Bei den gonorrhoischen Gelenkentzündungen wirkt jedoch die Stauungshyperämie schneller, als die aktive Heissluftbyperämie. Was die Behandlung im einzelnen anlangt, so handhabt Verfasser sie in folgender Weise: Bei Tuberkulose lässt er in den ersten acht Tagen 2 mal täglich die Stauungsbinde 4—5 Stunden liegen, dann immer weniger, schliesslich täglich nur noch eine Stunde, dies bis zur Heilung. Es ist zweckmässig, die Stauungsbehandlung mit Jodoforminjektionen zu kombinieren, und zwar wenn Gelenkergüsse oder geschlossene Abszesse bestehen. Grosse Abszesse werden gespalten, Fisteln ausgeschabt. Bei vorgeschrittener Tuberkulose werden grosse Operationen (Resektionen etc.) gemacht. Bei gonorrhoischem Gelenkrheumatismus wendet Verfasser von vornherein Stauungshyperämie an, die Binde bleibt acht bis zwölf Stunden täglich liegen. Ist unter der Stauungsbehandlung das Fieber und die Schmerzhaftigkeit geschwunden, so wird neben der Stauung jeden dritten Tag aktive Hyperämie zwecks Resorption der Gelenkergüsse verwendet, und zwar eine einstündige Behandlung im Heissluftkasten, resp. Sandbade oder im elektrischen Lichtbade. Bei chronischen Gelenkversteifungen, die sich nach Traumen oder im Anschluss an Entzündungen herausgebildet haben, empfiehlt Verfasser

Digitized by Google

neben der Massage und der Medikomechanik 2mal täglich 1 Stunde Stauung und jeden dritten Tag ein Heissluftbad von einstündiger Dauer. Bei chronischen rheumatischen Gelenkentzündungen verwendet Verfasser vorwiegend aktive Hyperämie, und zwar lässt er die Glieder 1—2mal täglich 1 Stunde im elektrischen Lichtbade oder Heissluftkasten schwitzen; daneben bisweilen noch Stauung. Bei mangelnder Callusbildung lässt Verfasser täglich zwei Stunden stauen und verwendet daneben Massage und Evaporation. Bei Erfrierungen ersten und zweiten Grades, Frostblasen und Frostgeschwüren, werden die Blasen und Geschwüre aseptisch verbunden und 2mal täglich wird ein bis zwei Stunden Stauungshyperämie angewandt.

Über die Biersche Stauung von Dr. Habs (Münch. med. Wochenschr. Nr. 22. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 29).

Strophulus infantum. Dr. Zappert (Wien) verbreitet sich eingehend über die Symptomatologie, die Differentialdiagnose und Ätiologie des Strophulus infantum, dieser so überaus häufigen, aber wenig beachteten und wenig geklärten Affektion. In bezug auf die Ätiologie weist er auf die Häufigkeit gleichzeitiger Darmstörungen hin, wie auch Urinanomalien, bisweilen auch Bettnässen zur Beobachtung kommen. Rhachitis und Anämie sind höchstens von untergeordneter Bedeutung. Die Fälle, wo sich aus dem Leiden Prurigo entwickelt, sind sehr vereinzelt, jedenfalls viel seltener, als angenommen wurde. Wird der Prozess als Folge einer Autointoxikation vom Darm aufgefasst, so ist damit die Behandlung mit Kalomel, Mineralwassern, Ichthalbin und ähnlichen Mitteln vorgezeichnet. Lokal empfiehlt sich in frischen Fällen Betupfen mit Salizylspiritus, ferner werden Salben und Pasten verschiedenster Art gerühmt.

Über den Juckausschlag im Kindesalter von Dr. Zappert (Wien. med. Presse Nr. 4—6).

Struma. Wie Prof. Kocher (Bern) ausführt, bringt die Schilddrüse das beste Heilmittel für ihre wichtigste Erkrankung, den Kropf, selbst hervor: das Jodothyrin. Ist nun aber einesteils der Gehalt der Schilddrüsen an dieser jodierten Eiweissverbindung ein ziemlich konstanter, so schwankt die Aufnahme des Jods und die Umwandlung desselben zu Jodothyrin je nach der Funktionstüchtigkeit der Drüse bei der Einverleibung in sehr grossen Grenzen. Jodzufuhr ist also bei Struma nur insoweit zulässig, als es von der Drüse noch zum wirksamen Jodothyrin verarbeitet werden kann. Ein Zuviel wirkt im Gegenteil schädlich durch die Entstehung von Toxalbuminen, welche Jodismus verursachen. Besonders schädlich ist die Eingabe von Jod bei Basedowkranken, die schon unter chronischer Schilddrüsenintoxikation stehen. Hier sind Phosphorpräparate am Platz, indem zwischen der Wirkung von Jod und Phosphor im Chemismus der Schilddrüse eine gewisse Wechselwirkung zu bestehen scheint. Die moderne Chirurgie erstrebt vor allem eine gute Funktion der Schilddrüse, nicht allein die Beseitigung der entstellenden und die Atmung behindernden Struma. Die Therapie bei Struma würde also lauten: Bei herabgesetzter Funktion der Schilddrüse: Darreichung von Jod, bei gesteigerter: Phosphor; bei Stenosenerscheinungen und rasch zunehmender Entartung: Operation.

Prof. Roos (Freiburg) hat gute Erfolge mit Jodothyrin gegen Kropf und bei zwei kretinischen Kindern gesehen. Er hält das Mittel ferner bei Fettleibigkeit und gegen Arteriosklerose eines Versuches für wert. Die Gefahr einer zu starken Einschmelzung von Körpereiweiss scheint ihm nicht zu gross. Fettleibige scheinen sich unter Jodothyringebrauch auch ohne erhebliche Körperabnahme besonders wohl zu fühlen. Man gibt Erwachsenen 1—2 g pro Tag, mit Unterbrechungen von einigen Tagen. Kinder erhalten Mengen von 0,1—0,5.

Prof. Wölfler (Prag) empfiehlt zur Vorbereitung der chirurgischen Kropfbehandlung die Anwendung der Kälte mittelst Leiterscher Röhren, wodurch die Hyperämie des Kropfes wesentlich herabgesetzt wird und derselbe viel beweglicher wird; bei kleinen Strumen und längerer Dauer der Kälteapplikation

Digitized by Google

ist der Erfolg oft so bedeutend, dass eine radikale Heilung erzielt wird. Zur inneren Behandlung eignen sich nur die Gefässkröpfe. Wölfler gibt dabei der Jodtherapie den Vorzug vor der Schilddrüsenbehandlung. Auch die (vorzüglich bei Gallertkröpfen ausgeführten) Injektionen von Jodtinktur und anderen Flüssigkeiten in das Kropfparenchym kommen gegenüber der immer häufiger ausgeübten Exstirpation ihrer beträchtlichen Gefährlichkeit wegen heutzutage nur noch selten zur Anwendung. Von den Operationsmethoden hat Wölfler die von ihm angegebene Unterbindung der vier zuführenden Arterien wieder aufgegeben, weil sich die Methode in vielen Fällen nicht bewährt hat. Am häufigsten kommt die Resektion und die Enukleation in Betracht. Wölfler operiert ohne Allgemeinnarkose; zur Anästhesierung der Haut werden 2—3 Schleichsche Injektionen gemacht; die Manipulationen am Kropfe selbst verursachen nur minimalen Schmerz. Sehr wichtig ist eine äusserst genaue Blutstillung, da tödliche Luftaspirationen und bedrohliche Nachblutungen von Wölfler selbst zu beklagen waren. Zur Ausführung gelangten 62 meist ausgedehnte Exstirpationen, darunter 2 Todesfälle und 49 Enukleationen mit 1 Todesfall (Pneumonie). Von Kropfcysten wurden insgesamt 105 Fälle operiert; darunter wurde bei 102 die Exstirpation der Cysten mit 1 Todesfall gemacht. Verfasser warnt schliesslich vor der operativen Behandlung maligner Kröpfe; die 24 Fälle, über welche er selber verfügt, und die nach den verschiedensten Methoden operiert wurden, hatten durchweg ein schlechtes Resultat.

Zur Behandlung des Kropfes von Prof. Kocher (Korresp.-Bl. f. Schw. Ärzte. — Medico Nr. 36). — Klinische Erfahrungen mit Jodothyrin von Prof. Roos (Münch. med. Wochenschr. — Schm. Jahrb. 277. Bd. 1. H.). — Die Behandlung des Kropfes von Prof. Wölfler (Prag. med. Wochenschr. Nr. 5 u. 6. — Ärztl. Praxis Nr. 8).

Subkutin. Das Subkutin, ein Derivat des Anästhesins, stellt ein weisses, kristallinisches Pulver dar, welches sich in kaltem Wasser zu 1%, bei Körpertemperatur zu 2,5% löst. Die Lösungen sind haltbar und können durch Kochen sterilisiert werden. Subkutin ist in den zur Verwendung kommenden Dosen ebenso ungiftig wie Anästhesin. Hunde vertragen per os 5—6 g, Kaninchen zeigen erst bei Injektion von 1,6 g pro Kilogramm vorübergehende Intoxikationserscheinungen. Am Kaninchenauge erzeugen Instillationen der 0,5—1%igen Lösungen vollkommene, etwa 8—10 Minuten anhaltende Anästhesie. Die 1%ige Lösung bewirkt jedoch schon minimale Reizung und flüchtige Trübung der Kornea Zur Injektion wird folgende Lösung benutzt:

Subcutini	0,8
Natrii chlorati	0,7
Aquae destillatae	100,0

Diese Lösung ist isotonisch der Gewebsflüssigkeit, vollständig frei von jeder Reizwirkung und erzeugt ohne Injektionsschmerz Anästhesie. Für die Schleichsche Anästhesierung ist das Subkutin demnach ein vollständiger und ungiftiger Ersatz des Kokains; es ist auch für die Oberstsche Methode der regionären Anästhesie brauchbar. Die bisher mit Hilfe von Subkutin vorgenommenen Operationen — 51, darunter auch grössere, wie Gastrostomie — ergaben nach Dr. Beckers an Prof. Rehns Abteilung in Frankfurt a. M. gemachten Beobachtungen die grossen Vorzüge dieses Mittels vor Kokain. Besonders brauchbar erscheint es auch als Ersatz des letzteren bei der Cystoskopie.

Über eine neue Verbindung des Anästhesin zur subkutanen Injektion „Subkutin" von Dr. Becker (Münch. med. Wochenschr. Nr. 20. — Ther. Monatsh. 10. H.).

Subphrenischer Abszess. Dr. Grüneisen berichtet aus Prof. Körtes Abteilung über 60 innerhalb 12 Jahren operierte subphrenische Abszesse. Von den 60 Operierten sind 40 geheilt, 20 gestorben. Bei der Behandlung sind nach Autor zwei Forderungen zu erfüllen: 1. den Abszess völlig zu entleeren, 2. auch für die Zukunft dem Sekret freien Abfluss zu schaffen. Der einzige Weg, den man hierzu einschlagen darf, ist die breite Eröffnung und Drainage des Abszesses. Je nach der Lage des letzteren

Digitized by Google

kann man auf zweierlei Arten vorgehen, nämlich entweder durch Eingehen von der unteren Thoraxapertur aus, (durch Schnitt am Rippenrande, durch Lumbalschnitte oder Inzision im Epigastrium) oder man eröffnet den Abszess durch die knöcherne Thoraxwand hindurch mit Rippenresektion, ist dann aber gezwungen, den Pleuraraum zu eröffnen. Der erstere Weg wurde 19 mal eingeschlagen; in den übrigen 41 Fällen, in denen der Abszess den Thoraxrand nicht wesentlich überschritt, wurde der Abszess stets durch Rippenresektion peripleural eröffnet. Unter diesen 41 Fällen fanden sich nur 12, die frei von Pleuraerkrankungen waren. Hier wurde die Steppnaht nach v. Volkmann, d. h. die Umsäumung der Pleura costalis mit der Pleura diaphragmatica ausgeführt. In vier Fällen trat nachträglich eine Infektion der Pleura ein. Es gelingt demnach also in der Mehrzahl der Fälle durch eine Steppnaht eine Infektion der Pleura zu vermeiden.

Über die subphrenischen Abszesse mit Bericht über 60 operierte Fälle von Dr. Grüneisen (Arch. f. klin. Chir. 70. Bd. 1. H. — Schm. Jahrb. 279. Bd. 8. H.).

Syphilis. Auf zahlreiche klinische, mikroskopische und chemische Beobachtungen gestützt, sucht Dr. Justus (Budapest) das Wesen der Quecksilberwirkung aufzuklären. Zwei der Sekundärzeit der Syphilis angehörige, am meisten charakteristische Effloreszenzen wählte Verfasser zum Gegenstande seines speziellen Studiums, die Syphilis-Papel und das breite Kondylom. Er hat von etwa 60 Kranken in den verschiedensten Phasen der spezifischen Therapie mehr oder minder in Rückbildung begriffene Papeln, resp. Kondylome exzidiert und mikroskopisch untersucht. Nach seinen Beobachtungen geht das mächtige Zellinfiltrat, das aus Zellen verschiedener Qualität und sicherlich auch verschiedener Dignität besteht, im Laufe der Kur zurück, bis es fast völlig verschwindet. Der dominierende Bestandteil, die Plasmazellen, verschwinden auf die Weise, dass die in denselben enthaltenen, mit polychromem Methylenblau gefärbten Körner aus denselben austreten, in die Lymphspalten geraten und weiter getragen werden. Auch bei den anderen Zellen scheint der Verlust an färbbarem Material durch Entleerung der Zellen die Hauptrolle zu spielen. Verfasser ging nun von der Ansicht aus, dass dieser Effekt nur durch eine unmittelbare Einwirkung des therapeutischen Agens, des Quecksilbers, zu stande kommen könne, zumal da auch nicht nur durch Inunktion und Injektion, sondern auch durch lokale Applizierung ähnliche Wirkungen hervorgebracht werden. Es galt also, das Quecksilber chemisch in den exzidierten Teilen nachzuweisen. Verfasser stellte eingehende Untersuchungen an und kam schliesslich zu einem Verfahren, mit dem er das Quecksilber in Form des Quecksilbersulfids in den Geweben darstellen konnte. Die Folgerungen, die Verfasser aus seinen Untersuchungen zieht, sind folgende: Das Quecksilber wirkt dadurch auf die syphilitische Efflorescenz, dass es durch den Blutstrom in dieselbe gelangt; Beweis dessen ist das nachgewiesene HgS, welches in der Wand der Kapillaren und kleineren Arterien zu sehen ist. In die Plasmazellen gelangt das Quecksilber ebenfalls, und zwar so, dass dasselbe aus dem Blute durch die Wandung der Gefässe hindurch in die Plasma- und Riesenzellen, welche dieselbe umgeben, gelangt. Die Wirkung desselben auf die Plasmazellen äussert sich darin dass der färbbare Inhalt derselben aus denselben ausgestossen wird, und dass diese Plasmateilchen in den Lymphspalten in grosser Zahl zu finden sind; wahrscheinlich sind das diejenigen Teilchen des Plasmas, die sich mit dem eingedrungenen Hydrargyrum zu Quecksilberalbuminat verbunden haben und deshalb für das weitere Leben der Zelle ungeeignet geworden sind. Da bekanntlich das Quecksilberalbuminat sich in überschüssigem Kochsalz oder Albumin löst, so ist anzunehmen, dass es auch in Gewebssäften gelöst und forttransportiert wird.

Gegen die Annahme einer bisher fast allgemein geglaubten paternen Infektion sprechen nach Dr. Matzenauer (Wien) folgende Tatsachen: Es

Digitized by Google

gibt keine Infektionskrankheit, die vom Vater vererbt wird; das Sperma Luetischer ist nicht infektiös; nicht von jedem syphilitischen Vater stammen syphilitische Kinder ab; es ist nicht einzusehen, warum die Mutter nicht infiziert wird, während dies bei ihrer Frucht geschieht; viele Fälle von anscheinend paterner Infektion sind auf alternierende Infektion zurückzuführen; auch bei paterner Vererbung finden sich die erwähnten Veränderungen in der Placenta; es ist nicht erwiesen, ob die Mutter doch nicht syphilitisch war (mangelhafte oder nicht zu richtiger Zeit vorgenommene Untersuchung, Übersehen geringfügiger Symptome). 20—38% aller Frauen bleiben, trotzdem sie ein syphilitisches Kind geboren haben, gesund; merkwürdigerweise beziffert sich auch die Zahl der tertiären Formen, bei welchen man keine vorausgegangene Syphilis nachweisen kann, ebenfalls auf 38—40%. Die bekannt gewordenen angeblichen Ausnahmen vom Collesschen Gesetze sind auf Irrtümer zurückzuführen, denn die Mutter eines syphilitischen Kindes hat sicher Syphilis gehabt und ist daher immun. Das Profetasche Gesetz muss fallen gelassen werden, denn dass keine Syphilisimmunität vererbt wird, beweisen die Ausnahmen von diesem Gesetze, darunter Infektionen sub partu; dass syphilitische Mütter gesunde Kinder gebären, erklärt sich einfach aus der langen Zeitdauer seit der Infektion. Es gibt also keine hereditäre Syphilis ohne Vererbung seitens der Mutter. Daraus resultiert unter anderem die Forderung, dass jede Mutter eines syphilitischen Kindes antiluetisch behandelt werde.

Dr. Vörner (Leipzig) empfiehlt die Behandlung der fötalen Syphilis nach Riehl. Letzterer ging bei seiner neuen lokalen Behandlungsmethode von der Voraussetzung aus, durch Applikation von Hg-Präparaten auf den Scheidenteil des Uterus diesen sowie seinen Inhalt vor den Veränderungen, welche die Syphilis verursacht, schützen zu können, da es allgemein bekannt ist, dass durch Lokalbehandlung mit Merkur die Produkte der sekundären und tertiären Syphilis schneller heilen und resorbiert werden, als durch die Allgemeinkur allein. Die Behandlung nach Riehl geschieht in folgender Weise: Zunächst werden die syphiliskranken Frauen einer regelrechten Schmierkur unterzogen, zu gleicher Zeit werden globuli vaginales aus 1 g Ung. ciner. officin. und 1—2 g Butyr. Kakao bis zur Portio vaginalis eingeführt und durch einen mit Bindfaden versehenen Tampon aus Watte oder Gaze fixiert, der eventuell noch mit Tannin und Glyzerin imprägniert sein kann. Für die ambulante Praxis muss man die Frauen mit der Handhabung eines Tamponspekulums vertraut machen. Man beginnt mit dieser Lokalbehandlung, sobald die Schwangerschaft konstatiert oder nur wahrscheinlich geworden ist und setzt sie bis zum Ende der Gravidität fort. Eine Schädigung der Vaginalschleimhaut wurde nie gesehen, nur einige Mal Ekzem der äusseren Schamteile; Stomatitis zeigte sich nach monatelangem Gebrauch nicht häufiger, als sonst und war in der Hauptsache die Folge der Schmierkur, welche die Frauen durchmachten. Die Morbiditäts- und Mortalitäts-Verhältnisse der so behandelten Fälle waren auffallend günstiger, als die der nur allgemein spezifisch Behandelten.

Dr. Schwab und Dr. Levy-Bing empfehlen gleich wie bei Erwachsenen auch bei Kindern und zwar schon von den ersten Lebenstagen an die Injektionen löslicher Quecksilbersalze, welche sie bis jetzt bei fünf Neugeborenen angewendet haben. Sie benützen eine wässerige Lösung von Hg bijodatum.

Rp. Hg. bijodat. 0,05
Natr. jodat. 0,05
Aqu. dest. 0,1

Die tägliche Dosis dieses Quecksilbersalzes soll im Mittel 1—2 mg betragen; nach einer ersten Serie von 10—15 Einspritzungen setzt man 14 Tage aus und macht dann von neuem 10 Injektionen. Die Technik der Injektionen ist die gleiche wie bei allen intramuskulären Hg-Injektionen. Da aber beim Neugeborenen das Muskelgewebe nur wenig entwickelt ist und die Nates wegen der Möglichkeit der Infektion mit den Fäces vermieden werden sollten, andererseits die subkutane Injektion obiger Lösung

Digitized by Google

keine Übelstände mit sich bringt, so sind als Einstichstellen am geeignetsten die Gegenden seitlich der Wirbelsäule zu wählen; die Nadeln (von Stahl oder Platiniridium) sollten möglichst fein sein. In allen fünf Fällen der Berichterstatter wurden die Einspritzungen von den Kindern sehr gut vertragen, ohne die geringste lokale Reaktion (Röte, Ödem oder Induration), die syphilitischen Erscheinungen schwanden sehr rasch, die Kinder nahmen an Gewicht stets zu.

An Prof. Neumanns Klinik in Wien wurde, wie Dr. Loewenbach mitteilt, zur Behandlung schwerer Syphilisformen das Quecksilberkakodylat angewandt. Letzteres ist von wasserheller Beschaffenheit und wochenlang haltbar, auch bei Licht unzersetzlich und bei 100—120° sterilisierbar. 1 ccm Jodquecksilberkakodylat enthält: 4,7 mg Quecksilberjodid, 4,7 mg Jodnatrium, 3 cg kakodylsaures Natron. Das Präparat wird intramuskulär injiziert und in jeder Beziehung gut vertragen; interner Gebrauch ist wegen Diarrhöen nicht zu empfehlen. Zu jeder Injektion wird 1 ccm verwendet. Als Resultat der angestellten 40 Versuche ergibt sich folgendes: 1. Die Injektionen mit Jodquecksilberkakodylat empfehlen sich in erster Linie bei kachektischen, anämischen Individuen mit ulzerösen und gummösen Formen im Früh- oder Spätstadium, selbst dann, wenn andere Arten der Hg- und Jod-Therapie ohne jeden Erfolg geblieben sind. Es erfolgt nicht nur lokale, prompte Heilung, sondern auch erhebliche Besserung des Allgemeinzustandes. 2. Das Präparat kommt ferner in Betracht bei späteren papulösen, krustösen und lichenösen Formen, besonders bei schwächlichen Individuen, welche sich andersartiger Hg- und J-Therapie gegenüber refraktär verhalten haben; 3. bei Kombination von Syphilis mit Psoriasis. 4. In Fällen leichter Syphilisformen, bei gut genährten, sonst gesunden Individuen ist das Jodquecksilberkakodylat ohne Wirkung.

Fournier hat bekanntlich die Kalomelinjektionen von besonderer Wirksamkeit gefunden: 1. bei schwerem, phagedänischem Schanker der Zunge, 2. bei maligner Syphilis (mit frühzeitigem Auftreten schwerer ulzeröser Erscheinungen), 3. bei tertiärer sklerotischer Glossitis, 4. bei schwerer Laryngitis, 5. bei hartnäckigen sekundären Zungenaffektionen. Prof. Lesser (Berlin) kann diese ganz ausgezeichnete Wirkung des Kalomels für die galoppierende Syphilis, die tertiäre Glossitis, sowie bei Iritiden nur bestätigen. Doch rät auch er, diese Methode nicht als gewöhnliche Behandlungsart zu wählen, weil es beim Kalomel häufiger als bei anderen Präparaten zu unangenehmen Nebenwirkungen und schweren toxischen Erscheinungen (Erythemen, Stomatitis, Nephritis und Enteritis) komme. Insbesondere sei, wie bei allen unlöslichen Präparaten, die Kumulativwirkung besonders zu fürchten, der wir, nachdem eine Reihe von Injektionsdepots im Körper angelegt seien, machtlos gegenüberständen. Darum empfiehlt er auch, die Injektionen zu à 0,1 Kalomel in Intervallen von acht Tagen zu machen und mehr als vier bis fünf Injektionen hintereinander überhaupt nicht zu applizieren.

Dr. Gravagna hat viele Fälle von Lues mit endovenösen Sublimatinjektionen behandelt. Er injiziert täglich, beginnt mit 0,006—0,008 Sublimat pro Injektion und steigt nach und nach auf 0,01—0,012 pro dosi. Von solchen Injektionen sind 25—50 nötig, um die Erscheinungen der Lues gänzlich zum Schwinden zu bringen. Verfasser hat aber keine wesentliche Überlegenheit dieser Methode vor den übrigen, allgemein in Verwendung stehenden Arten der Quecksilberbehandlung gesehen, ja in sehr schweren Fällen sah er sogar eine sehr langsame Wirkung und musste manchmal nachträglich, um zu einem Erfolg zu gelangen, zu Kalomelinjektionen (0,08—0,10) greifen, denen er überhaupt die beste und prompteste Wirkung nachrühmt.

Dr. Friedländer (Berlin) benutzte das Sublamin zu intramuskulären Injektionen. Die mit einer 3,4%igen Sublaminlösung (dem Hg-Gehalt der 2%igen Sublimatsolution entsprechend) angestellten 280 Injektionen an 15 Kranken ergaben bei gleicher therapeutischer Wirksamkeit, wenn auch nicht vollständiges Ausbleiben der Knotenbildung in der Glutacalmuskulatur, immerhin aber kleinere, weichere

Digitized by Google

weniger schmerzhafte und rascher sich rückbildende Infiltrate. Ein bei den Sublimatinjektionen, namentlich in der ärmeren Praxis, sehr empfundener Übelstand, die rasche Oxydation der Nadeln, kam bei Sublamin anscheinend in geringerem Masse zu stande.

Prof. v. Zeissl (Wien) empfiehlt für Fälle von Syphilis, in denen die Jodsalze per os nicht vertragen werden, die Verabreichung von Jod in Form von Klysmen. Um Jod per rectum zu applizieren, verschreibt v. Zeissl 2,0 Jodnatrium oder Jodlithium auf 30,0 Wasser und fügt fünf Tropfen Tct. Opii simpl. hinzu, um das Jod längere Zeit im Rektum zurückzuhalten. Verfasser injiziert dieses Quantum auf einmal durch einen Nélaton-Katheter, um es über den Sphincter ani internus zu bringen, in des Rektum. Von diesem aus wird das Jod ausserordentlich rasch resorbiert. Zehn Minuten nach Verabreichung das Klysmas kann man schon an der Zunge mit dem Lapisstift einen Jodsilberschorf erzeugen. Verfasser hat bisher in 12 Fällen, in welchen das Jod per os absolut nicht vertragen wurde, anstandslos das Jodnatrium durch lange Zeit appliziert und erfolgte die Rückbildung der Syphiliserscheinungen unter dieser Jodbehandlung in gewohnter Weise. Bei einem Patienten, der nach Verabreichung von Merkur per os oder Injektionen oder Einreibungen oder von Jodpräparaten per os jedesmal von heftigen Kolikschmerzen befallen wurde, ferner bei einer Frau, bei welcher jedesmal bei interner Verabreichung von 1 g Jod heftige Kopfschmerzen, Schwindel und Jodschnupfen sich einstellten, blieben diese Erscheinungen bei der rektalen Applikation des Medikamentes aus. Verfasser glaubt, dass die rektale Applikation des Jods für solche nicht selten vorkommende Fälle eine wesentliche Bereicherung unseres therapeutischen Handelns ist.

Dr. Pauli (Wien) hat in Fällen von luetischen Kopfschmerzen mit der Darreichung von Rhodan (täglich vier Esslöffel einer 1%igen Lösung von Rhodannatrium) eklatante Erfolge erzielt. In einem der Gesellschaft für innere Medizin vorgestellten Falle gingen unter dieser Medikation auch eine Auftreibung am linken Stirnbeine, eine Schwellung des rechten Sternoklavikulargelenks, Hyperämie der Papillen, Schlängelung und Erweiterung der Venen des Augenhintergrundes etc. zurück. In den letzten Tagen zeigten sich empfindliche Auftreibungen des Schlüsselbeines und des Corpus sterni, gegen welche eine antiluetische Kur eingeleitet wurde.

Dr. Jungmann bestätigte, nach Erfahrungen an der Abteilung Prof. Langs (Wien) die günstige Wirkung der Rhodanate (Kalium- oder Natriumverbindung) auf die luetischen Cephalalgien, sowohl im Proruptionsstadium, als in späteren Stadien der Syphilis. Er beobachtete auch Rhodanakne und Rhodanschnupfen, ganz wie bei Jod. Bei luetischen Spätformen scheinen die Jodalkaliverbindungen wirksamer zu sein, als die Rhodanate. Im Proruptionsstadium genügen oft schon kleine Rhodandosen (1/4 bis 1/2 g pro die); in vorgeschrittenem Stadium wich der Kopfschmerz erst grösseren Dosen, bis zu 2 g täglich.

Die Aktion des Quecksilbers auf das syphilitische Gewebe. Ein Versuch zur Lösung der Frage nach dem Wesen der spezifischen Therapie von Dr. Justus (Arch. f. Derm. u. Syph. — Ther. Monatsh. 7. H.). — Dr. Matzenauer über die Frage: Ist eine interne Vererbung der Syphilis erwiesen? in der Gesellschaft der Ärzte in Wien (Med. Neuigk. Nr. 5). — Zur Behandlung der fötalen Syphilis nach Riehl von Dr. Vörner (Arch. f. Derm. u. Syph. — Medico Nr. 30). — Die Behandlung der Syphilis Neugeborener mit Injektion löslicher Quecksilbersalze von DDr. Schwab und Levy-Bing (Presse méd. Nr. 87. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 49). — Über Behandlung schwerer Syphilisformen mit Jodquecksilberkakodylat von Dr. Loewenbach (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 9. — Ther. Monatsh. 9. H.). — Die Behandlung der Syphilis mit Kalomelinjektionen von Prof. Lesser (Ther. d. Gegenw. Nr. 1. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 5. H.). — Die endovenösen Sublimatinjektionen bei der Behandlung der Syphilis von Dr. Gravagna (Gazz. d. osped. Nr. 74. — Med. Blätter Nr. 33). — Das Sublamin in der Syphilistherapie von Dr. Friedländer (Deutsche Ärzte-Ztg. 4. H. — Prag. med. Wochenschr. Nr. 35). — Die Behandlung der Syphilis mit Jodklysmen von Prof. v. Zeissl (Ärztl. Praxis Nr. 16. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 46). — Dr. Pauli und Dr. Jungmann über Rhodantherapie gegen luetische Kopfschmerzen in der Gesellschaft für innere Medizin zu Wien (Münch. med. Wochenschr. Nr. 50).

Digitized by Google

T.

Tabes dorsalis. Prof. v. Leyden (Berlin) vertritt die Ansicht, dass für eine Reihe von Fällen als ätiologisches Moment des Tabes ein Trauma oder eine Überanstrengung anzusehen ist. Für die Entstehung von Tabes durch Trauma sprächen die Versuche über Rückenmarkserschütterungen bei Kaninchen und der Umstand, dass nach Einwirkung stumpfer Gewalt feinste Gewebszerreissungen und Blutungen beobachtet seien, an die sich dann der tabische Prozess knüpfen könne. Für die Entstehung der Tabes durch Überanstrengung bezieht sich Vortragender auf die Experimente von Fürstner und Edinger, und meint, dass es sich in diesen Fällen nicht so sehr um eine aufsteigende Neuritis, als um einen Überreiz handelt, der die Ganglienzelle trifft, wie denn auch die Spinalganglien oft erkrankt gefunden seien. In seiner Klinik hat v. Leyden neuerdings wieder einige sichere Fälle von traumatischer Tabes und von „Schreibertabes" und „Nähmaschinentabes" beobachtet, bei denen der tabische Prozess an der geschädigten Extremität eingesetzt hat und am weitesten vorgeschritten ist.

Prof. Fournier (Paris) konnte unter 1000 Tabesfällen in 925 Zeichen einer früheren Lues feststellen. Auf Grund dessen nimmt Autor Lues als häufigste Ursache der Tabes an, ohne indessen andere, vorläufig noch ungenügend bekannte Momente auszuschliessen. Diejenigen Personen erkranken besonders häufig an Tabes, die entweder ihr Nervensystem überanstrengen, oder aber erblich nervös belastet sind, sofern sie eine Lues durchgemacht haben.

Dr. Frank (Wien) wendet sich gegen die Plan- und Systemlosigkeit bei der Ausübung der Übungstherapie, die mehr Schaden als Nutzen gestiftet hat. Die Störung der Bewegungsfähigkeit des Körpers wird durch den Verlust der Sensibilität hervorgerufen, sobald dieser eine gewisse Intensität erreicht hat. Unsere Therapie hat die Aufgabe, die anormal gewordenen Bewegungen des Körpers in normale zu verwandeln. Die Möglichkeit der willkürlichen Lokomotion des menschlichen Körpers beruht auf der eigentümlichen Bewegungsfähigkeit des Rumpfes, (wie Frenkel charakteristisch sagt: „der Mensch geht mit dem Rumpfe" und selbstverständlich steht man auch mit dem Rumpfe), woraus folgt, dass das Wesen der Therapie darin besteht, die Aktionsfähigkeit des Rumpfes zu beeinflussen. Da nun bei der Apparatotherapie (bei den Übungen am Barren etc.) dieses Moment der Rumpfbewegung gänzlich ausser acht gelassen wird, hat dieselbe von vornherein keine Existenzberechtigung als rationelle Therapie. Ganz zu verwerfen sind deshalb die Übungen, die oft in der unsinnigsten Weise den Kranken vorgeschrieben werden, wie z. B. die sogenannten Gehbewegungen im Liegen, die eine so bedeutende Muskelarbeit voraussetzen, dass deren schädliche Folgen als Überanstrengung in umgekehrt proportionalem Verhältnis zu dem kaum in Frage kommenden geringen Wert der Übung als Koordinationsaufgabe stehen. Ebenso verwerflich ist die Übung, die darin besteht, dass die Kranken zuerst mit den Fussspitzen auftreten, und so gehend sich weiter bewegen müssen. In dieselbe Kategorie gehören die Übungen im Sitzen, um das Abwickeln der Ferse beim Gehen wieder einzuüben, das Beinkreisen, das Buchstabenzeichnen mit den Beinen in der Luft und dergleichen mehr. Die Dosierung ist gewöhnlich eine ganz willkürliche, meist wird angeordnet, dass eine Übung 5 mal oder 10 mal oder gar 15 mal wiederholt, oder durch 5—10 Minuten bis zu einer halben Stunde, oder so häufig als möglich, vorgenommen werden soll. Daraus resultiert natürlich die Gefahr der Übermüdung, und es ist häufig vorgekommen, dass Patienten, die zum Apparat gingen, nach der Übung erschöpft weggetragen werden mussten. Frenkel selbst hat auf die Gefahr aufmerksam

Digitized by Google

gemacht und eine genaue Dosierung durch die stete Kontrolle des Pulses gelehrt.

Prof. v. Leyden über Ätiologie der Tabes in der Gesellschaft der Charité-Ärzte in Berlin (Münch. med. Wochenschr. Nr. 5). — Ätiologie der Tabes auf Grund von 1000 Beobachtungen von Prof. Fournier (Bullet. méd. Nr 95. — Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 6. Bd. 12. H.). — Kunstfehler in der Übungstherapie der Tabes und ihre Folgen von Dr. Frank (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 42. — Ärztl. Praxis Nr. 23).

Tetanus. Prof. Calmette (Paris) hat sich überzeugen können, dass es leicht ist, Meerschweinchen gegen Tetanusinjektion zu immunisieren, indem man bei ihnen kleine Quantitäten des antitetanischen Serums durch eine 3—4 Millimeter lange Hautwunde absorbieren lässt. Jedoch erhält man auf diesem Wege eine Immunisation nur, wenn man getrocknetes, statt des gewöhnlichen flüssigen, pulverförmiges antitetanisches Serum auf die Wunde bringt. Wenige Milligramme dieses Pulvers genügen schon, um Meerschweinchen gegen eine Dose des Tetanusgiftes zu immunisieren, deren zehnter Teil für Kontrolltiere sich als tödlich erweist. Infolgedessen drängte sich der Gedanke auf, das Aufstreuen von tetanisch infizierten Wunden mit getrocknetem antitetanischem Serum würde im stande sein, die Entwickelung des Starrkrampfes zu verhindern. Diese Vermutung konnte nun Calmette auf experimentellem Wege vollkommen bestätigen. Es wurde Meerschweinchen durch kleine Hautschnitte ein bei 80° getrocknetes Gemisch von Staub, Erde und ungewaschenen Tetanussporen beigebracht. Sich selbst überlassen, gingen die so behandelten Tiere nach 4—6 Tagen an Tetanus zu grunde. Wenn man aber ihre (durch Reiben angefrischten) Wunden — 2—6 Stunden nach der Infektion — mit getrocknetem antitetanischem Serum bestreute, so genügte 1 Milligramm dieses Pulvers, um Meerschweinchen von 400,0 Gewicht zu retten: keines von ihnen zeigte die geringste Spur von Starrkrampf. Calmette glaubt daher, dass die lokale Anwendung des getrockneten antitetanischen Serums beim Menschen sich als erfolgreiches Prophylaktikum des Starrkrampfes bei allen des Tetanus verdächtigen Wunden erweisen wird. Auch könnte es zum Verbinden der Nabelwunde bei Neugeborenen als Schutz gegen Tetanus neonatorum Anwendung finden.

Prof. v. Behring (Marburg) ist es gelungen, einen näheren Einblick in die Vorgänge der Vergiftung des Organismus bei der Tetanusinfektion zu erhalten, wobei er zu Ergebnissen gelangte, die nicht nur von hohem wissenschaftlichen Wert sind, sondern auch in therapeutischer Hinsicht grosse Hoffnungen erwecken. Während früher die Tetanussterblichkeit ohne Unterschied der verschiedenen Behandlungsmethoden ca. 88% betrug, ist sie durch die Anwendung des Tetanusheilserums ungefähr um die Hälfte vermindert worden. Diese Zahl kann aber in Zukunft nach Verfassers Überzeugung noch um ein Erhebliches herabgedrückt werden, wenn das neue Tetanusheilserum rechtzeitig zur Anwendung kommt. Die von der Firma Dr. Siebert und Dr. Ziegenbein in Marburg herausgegebene Gebrauchsanweisung für das neue Heilserum lautet folgendermassen: Das Marburger Tetanusheilserum wird von genannter Firma in den Handel erst dann gebracht, nachdem seine Wirksamkeit und Unschädlichkeit im Auftrage des Preussischen Kultusministeriums von Prof. Ehrlich kontrolliert worden ist. Das Heilserum wird in zwei Abfüllungen abgegeben. nämlich zu je 100 Antitoxineinheiten = A.-E. à 15 Mark, und zu 20 A.-E. à 3 Mark. 100 A.-E. repräsentieren bei subkutaner Einspritzung die einfache Heildosis für Menschen und Pferde, wenn die Einspritzung alsbald nach der festgestellten Tetanusdiagnose vorgenommen wird. 20 A.-E. sind subkutan einzuspritzen, wenn eine Verletzung stattgefunden hat, von welcher man vermutet, dass dabei eine Infektion mit Tetanusvirus erfolgt ist, z. B. Verletzungen durch Holzsplitter, rostige Nägel, Glasscherben usw.; Quetschwunden, Hautverletzungen, bei welchen Erdpartikel oder Kleiderfetzen in die Gewebe gelangt sind; Operationswunden, erzeugt durch unreine Instrumente, Nabelschnurdurchschneidungen, Kastrationen, Operationen auf Schlachtfeldern,

Digitized by Google

Placentaentfernungen — überhaupt solche Läsionen, welche erfahrungsgemäss besonders häufig zur Entstehung des Tetanus Veranlassung geben. Die subkutane Einspritzung ist in allen Fällen, in welchen man die Infektionsstelle kennt, so auszuführen, dass das Heilserum in möglichst innigen Kontakt kommt mit den infizierten Geweben. Andernfalls spritze man es in die Subklavikulargegend ein, von wo es sehr schnell in die Blutbahn aufgenommen wird. Wo in der infizierten Wunde Fremdkörper vorhanden sind, ist nach deren Entfernung das infizierte Gewebe mit parenchymatösen Heilserum-injektionen zu behandeln. Durch die neueren Untersuchungen im Marburger Pharmakologischen Institut ist mit absoluter Sicherheit festgestellt, einerseits, dass der Tetanusinfektionsstoff von der Achsenzylindersubstanz der peripherischen Nerven aufgenommen und zum zentralen Nervensystem fortgeführt wird, andererseits, dass das Tetanusantitoxin im stande ist, auf dem Nervenwege den Infektionsstoff zu erreichen. Weiterhin ist durch ad hoc angestellte Experimente bewiesen worden, dass man durch Antitoxininjektion in das giftresorbierende Nervenparenchym den sehr langsam erfolgenden Gifttransport zum Rückenmark künstlich unterbrechen und dadurch die deletäre Wirkung der tetanischen Infektion verhüten, beziehungsweise nach schon eingetretenem Tetanus vermindern kann. Beim Menschen ist eine derartige Nerveninjektion in der Marburger chirurgischen Klinik tatsächlich in einem sehr akut verlaufenden Tetanusfall mit Erfolg ausgeführt worden. Wo Tetanusfälle sich in chirurgischer Behandlung befinden, ist neben der subkutanen Heilserumbehandlung der Versuch, den schon von dem Nervensystem aufgenommenen Giftanteil durch neurale Injektionen unschädlich zu machen, dringend anzuraten. Von besonderer Wichtigkeit ist zu wissen, dass das Tetanusantitoxin aus dem Blute des Menschen ziemlich schnell wieder verschwindet, und dass man deswegen die Heilserumeinspritzung wiederholen muss, falls am Infektionsherd sich noch Tetanusvirus befindet, welches immer neues Gift abscheiden kann. Aus dem Pasteur-Institut in Paris ist der Vorschlag gemacht worden, pulverisiertes Trockenantitoxin in tetanusinfizierte Wunden zu streuen. Dieser Vorschlag ist experimentell gut begründet, und die Firma gibt deswegen auch kleine Fläschchen zum Preise von 3 Mark mit je 20 A.-E. Trocken-Antitoxin ab, welches zum Einstreuen in infizierte Wunden besonders geeignet ist. Dieses Trockenpräparat kann aber auch, in 10 ccm sterilisiertem 1%igen Kochsalzwasser gelöst, zur parenchymatösen Injektion in infizierte Gewebe mit Vorteil verwendet werden. Wegen seiner grossen Haltbarkeit und seines mässigen Preises ist dieses Trockenpräparat sehr geeignet, um nicht bloss in Apotheken und Krankenhäusern, sondern auch von jedem praktischen Arzte vorrätig gehalten zu werden, so dass im Notfall immer sofort eine Heilserumbehandlung eingeleitet werden kann. Zur Neutralisierung des im Blute beim Beginn des Tetanus zirkulierenden Tetanusgiftes reicht in der Regel auch schon die kleine Serum-Quantität mit 20 A.-E. aus, und wenn dann hinterher der Kranke zur energischen Heilserumbehandlung in eine chirurgische Krankenhausabteilung gebracht wird, so sind die Aussichten für ein glückliches Überstehen der tetanischen Erkrankung günstiger, als wenn selbst ein Multiplum von 100 A.-E. erst dann eingespritzt wird, wenn die Erkrankung schon weiter vorgeschritten ist und tagelang gedauert hat. Prof. v. Behring hat in seinen Publikationen wiederholt die grosse Wichtigkeit der sofortigen Heilserumbehandlung nach festgestellter Tetanusdiagnose betont und darauf aufmerksam gemacht, dass ein Zeitverlust in der Heilserumbehandlung von 24—36 Stunden schon über Leben und Tod tetanuskranker Individuen entscheiden kann. Ein statistisches Schema liegt der Gebrauchsanweisung bei und wird nach dem Ablauf der ärztlichen Beobachtung des behandelten Falles an die experimentelle Abteilung des Hygienischen Instituts zu Marburg a. d. Lahn ausgefüllt zurückerbeten.

Dr. v. Schuckmann (Leubus) berichtet über einen Fall von Tetanus nach Fussverletzung. Am Abend des ersten

Digitized by Google

Krankheitstages wurden 100 Einheiten von Behrings Tetanusantitoxin injiziert; am nächsten Tag wurde die gleiche Dosis injiziert. 48 Stunden nach Auftreten der ersten Krankheitssymptome starb der Patient. Die Injektion von Antitoxin, obwohl sie völlig den von Behring neuerdings dafür aufgestellten Grundsätzen entsprach, hatte sich also als nutzlos erwiesen. Im Anschluss an den Fall stellte Verfasser eine Statistik der in den letzten Jahren veröffentlichten Fälle von traumatischem Tetanus auf und kommt zu dem Ergebnis, dass das Tetanusantitoxin in seiner jetzigen Form, auch bei Innehaltung der von Behring neuerdings für seine Anwendung aufgestellten Vorschriften, nicht geeignet ist, einen nennenswerten therapeutischen Erfolg in dem Verlauf der damit behandelten Tetanusfälle zu erzielen.

Dr. Frotscher (Rotenburg) berichtet über einen Fall, wo im Anschluss an eine mit Staub verunreinigte ziemlich grosse Kopfwunde, welche von ihm teilweise durch Naht geschlossen worden war, bei einem 40jährigen Mann 13 Tage nach der Verletzung Tetanus ausbrach. Erst drei Tage nach Ausbruch der ersten tetanischen Symptome konnte die erste Antitoxineinspritzung gemacht werden. Am nächsten Tage wurde die Einspritzung wiederholt (Dosis 100 Antitoxineinheiten). Ausserdem wurde dann noch in Chloroformnarkose die schon ziemlich geheilte Kopfwunde wieder eröffnet und mit Jodoformgaze tamponiert. Der weitere Verlauf war dann noch einige Tage ziemlich schwer, dann aber trat allmählich Heilung ein. Einen unmittelbaren Einfluss des Antitoxins auf den Krankheitsverlauf konnte Verfasser in diesem Falle nicht feststellen, indes hält er eine günstige Beeinflussung durch die Injektion für wahrscheinlich.

Nach Dr. Wurdack ist die subkutane Injektion von Behringschem Tetanusantitoxin ein unzweifelhaft sicher wirkendes Prophylaktikum, das er bei allen operativen Geburten in jenen Anstalten dringend empfiehlt, wo die Gefahr vorliegt, dass durch alte Tetanuskeime immer wieder eine neue Infektion eintreten kann.

Dr. Krokiewicz hat in vier Fällen von traumatischem Tetanus subkutan Kaninchengehirnemulsionen eingespritzt. Drei dieser Fälle waren schwere. Die Zahl der Einspritzungen stieg bis zu sechs täglich oder an jedem zweiten Tage. Die Eingriffe wurden gut vertragen; stets wurde ein ganzes Gehirn verwendet. Die zeitweilige Bildung von Eiterherden an den Injektionsstellen war von keiner weittragenden Bedeutung. Der Verfasser macht darauf aufmerksam, dass von 16 in der Literatur bekannt gewordenen Fällen, die mit Gehirnemulsion behandelt sind, 13 zur Heilung gekommen sind.

Prof. Calmette über örtliche Anwendung des antitetanischen Serums in der Académie des sciences zu Paris (Ther. d. Gegenw. 7. H.). — Zur antitoxischen Tetanustherapie von Prof. v. Behring (Deutsche med. Wochenschr. — Medico Nr. 35). — Zur Frage der Antitoxinbehandlung bei Tetanus von Dr. v. Schuckmann (Deutsche med. Wochenschrift Nr. 10. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 15). Zur Behandlung des Tetanus traumaticus mit Behrings Tetanusantitoxin von Dr. Frotscher (Ebendaselbst. — Ebendaselbst). — Über einen Fall von Tetanus puerperalis von Dr. Wurdack (Prag. med. Wochenschr. Nr. 9 u. 10. — Schm. Jahrb. 279. Bd. 8. H.). — Zur Anwendung subkutaner Injektionen von Gehirnemulsion bei Tetanus traumaticus von Dr. Krokiewicz (Klin.-ther. Wochenschr. Nr. 6. — Ther. Monatsh. 5. H.).

Theocin. Prof. Dreser (Elberfeld) hat bei gesunden Menschen, nach Regulierung der Flüssigkeitszufuhr, die Purinbasen Koffein, Theobromin, Theocin auf ihre diuretische Wirkung untersucht. Am stärksten wirkte das Theocin auf die Steigerung der Wasserausfuhr. Die Entfernung von Wasser allein aus den Geweben der Wassersüchtigen würde jedoch nicht genügen, da das Blut und ebenso die Wasseransammlungen Hydropischer, trotz geringeren Eiweissgehaltes noch ungeändert den Prozentgehalt des Blutes an Salzen besitzen, wie ihn der gesunde Mensch besitzt, oder er ist sogar etwas höher. Eine wirklich kurative Behandlung des hydropischen Zustandes muss daher die Hinausbeförderung nicht bloss des Wassers allein, sondern auch der das Wasser bindenden Salze anstreben. Da die quantitative chemische Analyse der Einzelbestandteile jeder ein-

Digitized by Google

zelnen Harnprobe aus verschiedenen Gründen nicht durchführbar war, so musste ein mehr summarisches Verfahren eingeschlagen werden und Dreser bestimmte zu diesem Zwecke durch den Gefrierpunkt des Harnes, die Gesamtsumme seiner osmotisch wirksamen Bestandteile und durch die Messung seiner elektrischen Leitfähigkeit seinen Gehalt an Jonen, die aus den dissoziierten Salzen des Harnes stammen. Es zeigte sich, dass durch Theocin nicht nur die Ausscheidung des Wassers, sondern auch die der gelösten Bestandteile in die Höhe getrieben wird. Daher ist eine derartige Diurese vom kurativen Standpunkte aus rationeller, als die Darreichung der salinen Diuretika einerseits oder der in den Holztränken und offizinellen diuretischen Tees andererseits eingeführten warmen Wassermengen, die nur nach Art der einfachen Wasserdiurese wirken können.

Theocin ist ebenso wie Theobromin ein Dimethylxanthin und wirkt schon in verhältnismässig kleinen Mengen, zwei- bis dreimal täglich zu 0,25, ausgesprochen diuretisch. Dr. Meinertz hat es bei mehreren Kranken mit Erfolg angewandt. Am sichersten ist die Wirkung augenscheinlich bei Erkrankungen des Zirkulationsapparates, unsicherer bei Erkrankungen der Nieren. Unangenehme Nebenwirkungen, wie Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen sind nicht selten, am besten werden Tabletten vertragen.

Nach Dr. Doerings im städtischen Krankenhause am Urban zu Berlin gemachten Erfahrungen ist das Theocin ein Mittel, das schneller und stärker auf die Diurese wirkt, als die bisher bekannten Diuretika, besonders das Theobromin. Ein voller Ersatz für dieses Mittel ist es aber nicht, da seine Wirkung weit weniger nachhaltig ist und bei längerem Gebrauche meist sehr schnell aufhört. Auch für Koffein ist es kein voller Ersatz, da ihm eine Wirkung auf das Herz nicht zukommt. Hauptsächlich indiziert erscheint es da, wo es sich darum handelt, einen grossen Hydrops schnell zu beseitigen.

Auch nach Dr. Stross ist das Theocin ein ausserordentlich sicher wirkendes Diuretikum, und zwar tritt die Wirkung schon nach kleinen Gaben ein. Schwächt sie sich ab, so nützt es nichts, die Dosis zu steigern, es ist richtiger, einige Tage auszusetzen, meist wirken dann die kleinen Gaben wieder gut. Das Mittel bewirkt oft unangenehme Nebenerscheinungen: Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen, Unruhe, Schlaflosigkeit. In vielen Fällen hilft hiergegen eine Verbindung mit Hedonal (0,5 g), Morphium, Opium, Belladonna. Wesentlich scheint es zu sein, dass man das Mittel nicht am Nachmittag und Abend gibt; dreimal täglich 0,2—0,3 g, die letzte Gabe nach dem Mittagessen, wurde meist gut vertragen.

Nach Prof. Schlesingers (Wien) Erfahrungen ist das Theocin ein äusserst wirksames Diuretikum bei Hydrops infolge von Herzleiden und Nephritis, während es sich bei entzündlichen Ergüssen der Pleura und des Peritoneums und bei Ascites infolge von Lebercirrhose als ziemlich ohnmächtig erwies. Die erzielten Diuresen traten schon nach 24stündiger Verabreichung des Mittels ein, waren sehr beträchtliche (oft 3—6 Liter innerhalb 24 Stunden), und hielten mehrere Tage an. Das Theocin ist nun aber keineswegs ein harmloses Mittel. Von kleineren Nebenerscheinungen wurden öfters verzeichnet Kopfschmerz, seltener Brechreiz und Durchfall. In zwei Fällen von allgemeinem Hydrops infolge von Herzfehler ohne Erkrankung der Nieren, in denen auch frühere Epilepsie anamnestisch nicht zu eruieren war, traten nach Verabreichung von fünfmal 0,2 g Theocin täglich — in dem einen Falle nach 48 Stunden, also nach Einverleibung von ca. 2 g, in dem anderen schon nach 24 Stunden, also auf 1 g — allgemeine Konvulsionen mit Bewusstseinsverlust und Zungenbiss, unwillkürlichem Abgang von Kot und Urin auf; bei Aussetzen der Medikation unterblieben die Anfälle, die also bei Berücksichtigung aller Umstände wirklich dem Theocin zugeschrieben werden müssen. Verfasser glaubt nun nach seinen weiteren Erfahrungen mit Erfolg die krampferregenden Eigenschaften des Mittels durch gleichzeitige Darreichung von Adonis vernalis ausschalten zu können. Brompräparate und Narkotika ermöglichen dies zwar

Digitized by Google

auch, beeinträchtigen aber zu sehr den diuretischen Effekt des Theocin. Adonis vernalis ist vor einigen Jahren von Bechterew als Antepileptikum empfohlen worden und ausserdem seit langem als Herzmittel in Gebrauch, so dass sich bei seiner Anwendung zwei Indikationen unterstützen. Verfasser ordiniert folgendermassen:

Infus. Adonid. vernalis	5,0 : 180,0 Aquae
Theocin	0,6 (— 1,0)
Syrup. simpl.	20,0

S. Innerhalb 24 Stunden zu verbrauchen; oder auch:

Herb. Adonid. vern. dialysat. Golaz	2,0
Aquae destill.	180,0
Theocin	0,6 (— 1,0)
Syrup. cort. Aurant.	20,0

S. In 24 Stunden zu verbrauchen.

Bei ca. 20 Kranken, bei denen Verfasser das Theocin in dieser Verschreibungsweise in Anwendung gezogen hat, war der Erfolg ein durchaus befriedigender. Die diuretische Wirkung war dieselbe wie bei Theocin allein, Krämpfe traten nicht mehr auf, auch Kopfschmerz und Brechreiz wurden seltener.

Versuche über die Theocindiurese am gesunden Menschen von Prof. Dreser (Berl. klin. Wochenschrift Nr. 42. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 12. H.). — Über die diuretische Wirkung des Theocins von Dr. Meinertz (Ther. Monatsh. 2. H.). — Theocin (Theophyllin), ein neues Diuretikum von Dr. Doering (Münch. med. Wochenschr Nr. 9). — Über die diuretische Wirkung des Theophyllins (Theocin) von Dr. Stross (Wien. klin. Rundschau Nr. 2). — Schm. Jahrb. 278. Bd. 7. H.). — Bemerkungen über die Wirkung des Theocin von Prof. Schlesinger (Ther. d. Gegenw. 3. H. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 13).

Therapeutische Methoden. Professor Gruber (Wien) untersuchte, ob die Hygiene zur Entartung der Rasse führt, welche Frage er in formvollendeten, für alle Ärzte und gebildete Laien verständlichen Ausführungen behandelt. Er weist darauf hin, dass man die Ideen des Darwinschen Kampfes ums Dasein und der zweckmässigen Auslese nicht ohne weiteres auf das menschliche Leben übertragen darf, nicht nur, weil dies zum Aufhören jeder Humanitäts-Bestrebung führen müsste, nicht nur, weil jeder rücksichtslose Streber sich noch dem frommen Glauben hingeben könnte, durch seine Handlungsweise eine Mission der Natur zu erfüllen und für seine Person an der Vervollkommnung der Art mitzuwirken, sondern weil nachweislich im menschlichen Leben so viele andere Faktoren mit im Spiele sind, welche die Verhältnisse komplizieren. So wirkt die Auswahl durchaus nicht immer auf die Rasse verbessernd ein; die Eskimos sind trotz der Dezimierung durch Tuberkulose heute noch immer der Tuberkuloseerkrankung ausgesetzt. Eine hohe Säuglingssterblichkeit bewirkt keine Auslese derart, dass z. B. die Todesfälle der Kinder von 1—5 Jahren herabgesetzt sind; im Gegenteil, diese Zahlen sind höher, als in Landesgebieten mit geringer Säuglingssterblichkeit. Ausserdem führt die Hygiene hauptsächlich zu einer Verminderung der Todesfälle an Infektionskrankheiten, und diese können als zufällige Accidentien aufgefasst werden; die Mortalität an Infektionskrankheiten führt durchaus nicht zur Besserung der Rasse, ebenso wenig die Geschlechtskrankheiten, die gerade einen grossen Teil des für die Verbesserung der Rasse geeigneten Materials zu einem Mittel für schnelle Verschlechterung machen. So geben die Gruberschen Ausführungen das Gefühl der Sicherheit, dass wir mit den auf hygienische Besserung gerichteten Bestrebungen auf naturgemässen und daher richtigen Wegen wandeln.

Ohne den Wert der operativen Eingriffe unterschätzen zu wollen, wendet sich Prof. Bennett (London) dagegen, die operative Behandlung als das Alpha und Omega der Chirurgie zu betrachten, was dem Chirurgen nachgerade eine mechanische Rolle aufnötige. Er erinnert an den Ausspruch eines grossen Chirurgen: „Das Wichtigste ist nicht die Geschicklichkeit, mit der man das Messer führt, sondern das Urteil, welches entscheidet, ob sein Gebrauch notwendig ist, oder nicht.“ Auch die Tatsache, dass ein Patient ohne Operation sicher dem Tode verfallen ist, rechtfertigt allein noch nicht eine Operation, wenn sie an moribunden, halb pulslosen Patienten ausgeführt werden soll, ausser unter besonderen Umständen. Dem

Digitized by Google

Operateur müsse es sich darum handeln, das Leben zu erhalten, und nicht eine ideale Operation auszuführen. Zum Beweis dafür, dass es für die Malignität eines Tumors keinen anderen Beweis gebe, als den klinischen Verlauf, zitiert er folgende drei Fälle: 1. Knabe, 14 Jahre alt, mit offenbar malignem Tumor der rechten Niere. Die Vena cava erwies sich als mit dem Tumor verwachsen; die mikroskopische Untersuchung einer Metastase ergab typisches Sarkom. Es wurde kein Versuch zur Entfernung gemacht, die Krankheit verschwand spontan und der Knabe macht jetzt Schiffsdienst. 2. Laparotomie einer 28jährigen Frau erwies einen bis zum Nabel reichenden Tumor als mit dem Netz verwachsen, die linke Vena und Art. iliaca umgreifend. Sekundäre Metastasen im Netz und in der Nachbarschaft. Kein Versuch operativer Entfernung. Spontane Heilung. 3. Laparotomie eines 48jährigen Mannes wegen Tumor des Cökum; Tumor von offenbar malignem Charakter. Derselbe erwies sich median fixiert, die Vena cava eingebettet. Kein weiterer Eingriff. Drei Monate nach der Operation ist die Masse kleiner, das Befinden sehr gut. Es kann also wohl der Ausfall eines Kasus von viel anderem abhängen, als den Lehren blosser Handwerkskunst. Bei der Wahl zwischen zwei Operationsmethoden, von denen die eine weniger gefährlich ist, als die andere, ist es das beste, die weniger gefährliche zu wählen, auch wenn es für den Augenblick als weniger brillant imponiert; man denke an Pylorektomie und Gastroenterostomie. Die Vertrautheit mit gewissen Operationsmethoden führe zur Routine, die das entscheidende Urteil von Fall zu Fall beeinträchtige. So werde die Operation bei Appendicitis und Varicen oft wahllos ausgeführt. Operative Behandlung von Varicen ziehe aber manchmal Thrombosen, permanent kühle Extremitäten, chronische Ödeme, Neuralgien nach sich. Auch explorative Operationen seien nicht gefahrlos; es ergeben sich Ventralhernien, andauernde Schmerzen im Abdomen u. ä. Die Art der klinischen Diagnosenstellung sei früher exakter gewesen. Der Chirurg dürfe auf Wunsch eines Internisten nicht operieren, wenn er sich nicht selbst von der Notwendigkeit des Eingriffes überzeugt habe. Daher müsse der Chirurg sich in der Diagnostik vervollkommnen. Das Publikum habe im allgemeinen eine zu exaltierte Vorstellung von den tatsächlichen Effekten operativer Eingriffe, doch auch eine auf Verlangen ausgeführte Operation enthebe den Chirurgen nicht von einem Atom seiner Verantwortlichkeit.

In seinem jüngst erschienenen Buche: „Arzt contra Bakteriologe“ fasst Prof. Rosenbach (Berlin) seine an verschiedenen Orten zerstreuten Abhandlungen über bakteriologisch-klinische und hygienische Probleme geordnet zusammen. Als Leitmotiv durch die 26 Abhandlungen zieht sich die Parole für die Praxis: „Nicht Bakterienfurcht und Desinfektionsmassregeln, sondern Verbesserung der Lebensbedingungen und Ausbildung im selbständigen Denken und Handeln nach den Forderungen der sozialen Ethik!“ Die Verkennung des Wesens der Krankheiten hat dem Bakteriologen ein ungebührliches Mass autoritativer Stellung in der Krankenbehandlung eingeräumt, der fern vom Bette des Kranken, welcher nach Lieferung einiger Exkrete oder Sekrete für die weitere Verhandlung so gut wie überflüssig ist, die Diagnose und den Heilplan festsetzt, während doch die Klinik und die Beobachtung am Krankenbette als die ausschliessliche Herrscherin auf dem Gebiete der menschlichen Pathologie und als alleiniger Massstab betrachtet werden sollte, nach dem die durch die anderen Methoden der Forschung gewonnenen Resultate gemessen werden müssten. Jene Verkennung hat aber auch, wie Rosenbach des weiteren ausführt, soziale und ethische Gefahren heraufbeschworen, die den Niedergang herbeizuführen im stande sind, zumal in einer Zeit, in der sich an die Stelle ganzer Gedankenreihen eine Häufung von Schlagworten drängt, die durch ihre Verbreitung im urteilslosen Publikum dazu beitragen, eine leichte Verständlichkeit schwieriger Probleme vorzutäuschen und mit Rubrizierung unter eine Kategorie gleich den ganzen Feldzugsplan gegen die Krankheit gemäss der herrschenden Mode zu entrollen. Schlimmer noch ist

Digitized by Google

es, dass unter der übertriebenen Bakterienfurcht, die wir grosszogen, Humanitätsbegriff und Ethik nicht nur in den sozialen Verbänden und in der Familie, sondern auch im ärztlichen Stande selbst zu leiden beginnen! So wichtig das Laboratoriumsexperiment unter gewissen einfachen Bedingungen für die Biologie der Mikroorganismen ist, so wenig lassen sich eben aus Beobachtungen im Reagensglase gewonnene Schlüsse in praxi verwerten; die scheinbare Einfachheit, mit der wir direkte einfache Fragen an die Natur stellen und sie auf dem geradesten Wege einwandsfrei und ohne Zögern beantwortet erhalten, verleitet uns, das Scheinbare jener Einfachheit zu übersehen, ganz differente Vorgänge zu identifizieren und das Komplizierte der Krankheitsprozesse im tierischen und menschlichen Organismus zu unterschätzen.

Eine interessante Studie über den Wechsel der therapeutischen Methoden und die Schwierigkeiten, die für die Beurteilung von therapeutischen Massnahmen aus den verschiedensten Gründen resultieren, enthält nebst anderen kritischen Auseinandersetzungen der von demselben Autor geschriebene Aufsatz: Warum sind wissenschaftliche Schlussfolgerungen auf dem Gebiete der Heilkunde so schwierig? Autor weist auf den spontanen Wechsel jener Momente hin, welche eine objektive Beurteilung behindern, nämlich auf den Wechsel der Reize, der Konstitution, der Erregbarkeit und des „Energiematerials" und erläutert den Unterschied zwischen dem organischen und dem künstlichen Betriebe (der Maschine).

Führt die Hygiene zur Entartung der Rasse? von Prof. Gruber (Münch med. Wochenschr. Nr. 40 u. 41. — Med. Woche Nr. 46). — Prof. Bennett über die gegenwärtige Stellung von Operationen in der chirurgischen Praxis in der Medical Society zu London (Zentralbl. f. d. ges. Ther. 8. H.). — Arzt contra Bakteriologe von Prof. Rosenbach, Urban & Schwarzenberg, Berlin u. Wien (Ther. Monatsh. 7. H.). — Warum sind wissenschaftliche Schlussfolgerungen in der Heilkunde so schwierig? von Prof. Rosenbach (Zeitschr. f. klin. Med. 50 Bd).

Thermotherapie. An Prof. Eichhorsts Klinik in Zürich stellte Dr. Martin Untersuchungen über den Einfluss thermischer Anwendungen auf das Blutgefässsystem an, wobei er auf die Bestimmung der Fortpflanzungsgeschwindigkeit der Pulswelle Gewicht legte. Er kam zu dem Resultate, dass bei Applikation von Eisbeuteln längs der Wirbelsäule Verengerung der Hauptgefässe der Extremitäten und antagonistische Erweiterung (wahrscheinlich durch Wirkung der Dilatatoren) der Muskelgefässe eintritt. Eine sekundäre Erweiterung der Hauptgefässe war auch bei längerer Dauer der Applikation nicht festzustellen.

Prof. Brieger und Dr. Diesselhorst (Berlin) untersuchten die Konzentration a) des im Gummiärmel aufgefangenen, b) des frei abgelaufenen, c) des am Körper noch abwischbaren Schweisses. Durch Vergleich von a) mit b) und c) ergibt sich die Grösse der Verdunstung. Diese war im elektrischen Lichtbade gross (namentlich bei schwer schwitzenden Kranken, z. B. bei einem chronischen Nephritiker) im Zirkulationsheissluftbad, sowie bei Fangobehandlung mit Ganzpackung (Gummidecke) gering.

Aus Dr. Frankenhäusers an Prof. Senators Universitätspoliklinik zu Berlin angestellten Untersuchungen über die Wirkung der strahlenden Wärme auf den menschlichen Körper geht hervor, dass dieselbe nicht nur auf die Nervenendigungen reflexerregend einwirkt, sondern dass sie im stande ist, die oberflächlichen Schichten des gesamten Gewebes trotz der vermehrten Durchströmung mit Blut ganz bedeutend zu erwärmen, selbst über physiologische Temperaturen hinaus. Und deswegen bedarf wohl nach Autor die strahlende Wärme als solche einer grösseren Berücksichtigung in der physiologischen Therapie als ihr bisher zu teil wurde.

In bezug auf die Fähigkeit, durch Wärmezufuhr die Körpertemperatur zu steigern, zeigen nach Dr. Friedländer der feuchte Dampf und die elektrischen Licht- oder Heissluftbäder ein verschiedenes Verhalten. Im Dampfe steigt die Körpertemperatur rascher an, als im Heissluft- oder Lichtbade; die Pulsfrequenz erfährt im Dampfbade eine beträchtliche Beschleunigung, es tritt rasch Vasodilatation, Herzklopfen, Beklemmung etc. ein;

Digitized by Google

im Lichtbade dagegen nimmt die Pulsfrequenz nur mässig zu und die erwähnten unangenehmen Nebenerscheinungen bleiben aus. In bezug auf die Wirkung beider Medien auf die Sekretion und das Nervensystem hat es sich gezeigt, dass die heissen Bäder nur eine ungenügende Exkretion herbeiführen, während temperierte Bäder auf die Elimination von Giften, wie Arsenik, Blei, Quecksilber etc. günstiger einwirken und auch die nephritische Albuminurie herabsetzen. Sind aus einem Grunde warme Ganzbäder nicht angezeigt, so werden lokale Applikationen vermittelst der Heissluftapparate zu Hilfe genommen. Diese sind namentlich bei Gelenk-, Muskel-Affektionen und Neuralgien angezeigt, während bei Infektionen, Katarrhen, Syphilis etc. die warmen Bäder vorzuziehen sind. Letztere kommen auch bei Nephritis, Chlorose, Kardiopathien und schweren vaskulären Störungen in Betracht, ebenso bei alten kachektischen Patienten, bei chronischen Entzündungsprozessen mit peripherer Hyperämie, akutem Gelenkrheumatismus, Arthritis deformans, Neuritis und tuberkulösen Gelenkaffektionen.

Dr. Neumann (Baden-Baden) sieht einen grossen Fortschritt der modernen Thermotherapie darin, dass diese eine lokale Verwendung von Wärme und Hitze ermöglicht. Infolgedessen sind Temperaturen von 160° C zur Verwendung zu bringen und dadurch auch lokale Heilwirkungen denkbar geworden, die früher in keiner Weise erreichbar waren. Für diese Zwecke wurde in Baden-Baden in Anwendung gezogen Fango, Tallermans Apparat und das elektrische Glüh- und Bogenlicht. Gemeinsame Indikationen für alle Arten von Thermotherapie sind Gelenkerkrankungen subakuten und chronischen Charakters, zweitens Neuralgien und Neuritiden, drittens Muskelatrophien peripheren Ursprungs. Hohe Hitzgrade wirken auch auf erschlaffte und erkrankte fibröse Gewebe, wie sie bei der rheumatischen Schwiele, dem entzündlichen Plattfuss und der Versteifung der Wirbelsäule in Erscheinung treten. Besonders in Verbindung mit Gymnastik lassen sich geradezu glänzende Erfolge erzielen. Von internen Krankheiten eignen sich für Thermotherapie, insbesondere für Fangoanwendung, chronische Exsudate der Bauchhöhle (puerperale Exsudate, Gallensteinerkrankungen und deren Folgen etc.). Ganz eigenartige und vorzügliche Erfolge erzielte Neumann bei aus den verschiedensten Ursachen zu stande gekommenen Ankylosen von Gelenken (mit Ausnahme derer tuberkulösen Ursprunges, die nie zur Behandlung mittelst thermotherapeutischer Prozeduren gezogen wurden), indem er dieselben in tiefer Narkose brach und dann sofort der Wirkung des Fangos und abwechselnd des Tallermanschen Apparates aussetzte. Auf diese Weise kann man im vollsten Gegensatz zu den bisherigen Behandlungsmethoden sehr bald mit maschineller Gymnastik beginnen und in vielen Fällen den Zustand des Kranken ganz ausserordentlich bessern.

Dr. Marcuse (Mannheim) gibt unter den bisher angegebenen Konstruktionen dem Hilzingerschen Zirkulationsheissluftapparat den Vorzug, der eine mehr allgemeine und dadurch entschieden gleichmässigere Wärmeanwendung gestattet, als es seitens der bisher bekannten Apparate angängig war.

Dr. Rautenberg (Königsberg) beschreibt einen einfachen Heissluftapparat, dessen Zuleitungsrohr so konstruiert ist, dass es eine gleichmässige Verteilung des Heissluftstroms verbürgt. In improvisatorischer Art kann derselbe für die verschiedensten Körperteile zurecht gerichtet werden; er ermöglicht auch direkte Heissluftdusche auf eine zirkumskripte Körperstelle. Abgesehen von den zur Genüge bekannten Indikationen der Anwendung hat Rautenberg bei der Heissluftbehandlung recht gute und rasche Resorptionsverhältnisse pleuritischer Exsudate wahrgenommen.

Dr. Ullmann (Wien) empfiehlt einen Apparat, der, mittelst eines Motors getrieben, die Zuleitung konstanter Wärme an allen erdenklichen Körperstellen während längerer Zeit gestattet. Für die Praxis kommt vorzüglich die Applikation feuchter Wärme in Betracht. Zwischen dem Körper und dem Wärmezuleiter (der sich in den verschiedensten, dem Applikationsort entsprechenden Formen konstruieren lässt) schaltet man am besten feuchte Watte und darüber einen imper-

Digitized by Google

meablen Stoffüberzug ein. Die Erfahrungen Ullmanns erstrecken sich hauptsächlich auf die Behandlung von Ulcera venerea, Epididymitis und Prostatitis, doch glaubt er die Anwendung seines Apparates als wesentlichen Fortschritt gegenüber den weniger bequemen und weniger wirksamen Heissluftkästen auch bei furunkulösen, phlegmonösen und erysipelatösen Prozessen, bei manchen Hautaffektionen, wie Akne anaemica, Follikulitis, Trichophytie, ferner bei zirkumskripter Peritonitis, Perityphlitis, Pleuritis, Perikarditis, neuralgiformen Zuständen, Para- und Perimetritis gonorrhoica empfehlen zu dürfen.

Dr. Bering redet auf Grund seiner an Prof. v. Dühring s Poliklinik für Hautkrankheiten zu Kiel gemachten Erfahrungen dem von Vorstaedter konstruierten Kalorisator genannten Apparat das Wort, der vielen Bedürfnissen gerade in der Sprechstunde des praktischen Arztes entspricht. Uber einem Spiritusbehälter brennt eine Flamme, vor der ein Gebläse angebracht ist; dieses treibt die heisse Luft durch die Öffnung eines halbkreisförmigen Spiegels in ein 15 cm langes Asbestrohr, das an der Mündung einen Durchmesser von 2,5 cm besitzt. Durch dieses wird die heisse Luft auf die erkrankten Stellen appliziert. Verfasser hat mit dem handlichen Apparate ganz vorzügliche Erfolge namentlich bei Trichophytia profunda (Sycosis parasitaria) und bei der Sycosis coccogenes (Sycosis non parasitaria) erzielt, auch in Fällen, die lange Zeit anderen therapeutischen Massnahmen getrotzt hatten. Für die Behandlung dieses Leidens mit dem Vorstaedterschen Apparate lassen sich folgende Grundsätze aufstellen: Die Barthaare werden kurz geschoren, aber nicht rasiert. Jede Stelle wird täglich 1/4 Stunde lang behitzt bei der höchsten Temperatur, welche von den Patienten vertragen wird. Ohne sonderliche Schmerzempfindung kann sie auf 95—110°, ja sogar darüber hinaus gesteigert werden. Neu auftretende Infiltrate werden sofort behitzt und so geradezu coupiert. Ausser desinfizierenden Waschungen mit Kamillenaufguss und Borsäurelösung, sowie leichter Puderung mit Amylum ist keine weitere Behandlung notwendig.

Zur Behandlung von Gallen- und Nierensteinkoliken hat Dr. Sachs (Karlsbad) einen Heissluftapparat konstruiert, der im Medizinischen Warenhause in Berlin zu haben ist.

Dr. Davidsohn (Berlin) hebt auf Grund reicher Erfahrung die Vorzüge der von ihm angegebenen Gummischlauchkissen gegenüber den Zinnröhrenthermophoren von Gross hervor, weil erstere in jeder Form hergestellt werden können. Als Wärmeleitungsmittel hat Davidsohn Sand, Hafergrütze und Fango angewendet und gefunden, dass Sand ganz besonders für trockene Hitze anwendbar ist, während die beiden letzteren als Behälter feuchter Wärme sich eignen. Letzteres gilt ganz besonders vom Fango.

Dr. Schnitzler (Wien) wendet sich gegen die althergebrachte Behandlungsmethode infektiös-entzündlicher Prozesse durch örtliche Anwendung von Kälte. Der Ablauf entzündlicher Vorgänge wird nach Autor durch Anämie ungünstiger beeinflusst als durch Hyperämie. Durch die letztere wird, wie nur nebenbei bemerkt sei, die Heilung von Wunden jeder Art, von Frakturen, die Reinigung belegter Granulationsflächen etc. erheblich beschleunigt, ja selbst starre Infiltrate werden unter der Wärmeeinwirkung rasch resorbiert, während man früher glaubte, durch Eisapplikation eine Vereiterung verhüten zu müssen. Die Hyperämie, die entweder durch direkte Wärmeapplikation (Thermophore, heisse Breiumschläge) oder durch Alkoholumschläge erzeugt wird, kürzt den Krankheitsverlauf in bemerkenswerter Weise ab. Beim Erysipel bleiben Abszesse unter Wärmebehandlung fast stets aus, Epityphlitiden, Phlebitis im Bereiche der varikös erkrankten Vena saphena wurden durch die Anwendung lokaler Wärme auf das günstigste beeinflusst. Ein besonders dankbares Indikationsgebiet aber für die Anwendung der hyperämisierenden Methoden bieten die gonorrhoischen Gelenkentzündungen. Schmerzen und Schwellung nehmen bald ab und die Heilung dieses oft verkannten Leidens wird durch nichts schneller herbeigeführt als durch eine lokale hyperämisierende Behandlungsweise. Die Technik des Alkoholverbandes, wenn man durch diesen

Digitized by Google

die Hyperämie herbeiführen will, ist eine sehr einfache: Mit 90—95%igem Alkohol getränkte Gaze wird um das erkrankte Gebiet gelegt, mit fein gelochtem, wasserdichten Stoff bedeckt und der innerhalb 8—12 Stunden verdunstende Alkohol immer wieder durch Aufschütten auf die Gaze erneuert. Verfasser zweifelt nicht daran, dass man immer mehr von der Anwendung des Eisbeutels zurückkommen wird, wenn man die Vorteile des beschriebenen therapeutischen Verfahrens einmal kennen gelernt hat. Man wird dann bald mit dem Usus brechen, jeden beginnenden chirurgischen Entzündungs-Prozess mit Kälteapplikation zu behandeln und hierauf zu bestehen, auch wenn, wie so häufig, der Kranke selbst diese Prozedur unangenehm und den warm gewordenen Umschlag angenehm empfindet. Die Hyperämie, mit der das erkrankte Organ auf die eingedrungene Schädigung reagiert, entspricht einem Heilungsvorgang und die schematische Bekämpfung dieser Hyperämie ist ebenso zweckwidrig, wie es die Jahrzehnte hindurch fortgesetzte medikamentöse Entfieberung infektiös Erkrankter war. Die Verordnung des Eisbeutels bei Phlegmonen ist nicht anders zu beurteilen, als die Verordnung irgend eines Antipyretikums bei jeder fieberhaften Erkrankung; so wie der letztgenannte Missbrauch eingeschränkt worden ist, wird es hoffentlich auch bald mit dem erstgenannten geschehen sein.

Durch die Anwendung des Heissluftapparates kann man nach Dr. Tuszkai (Budapest) günstig auf die Resorption von Beckenexsudaten einwirken. Experimente bestätigen, dass in der Tat die Tiefenwirkung bei der Einwirkung hoher Temperaturen vorhanden ist. Die Experimente wurden an Hunden ausgeführt, denen Thermometer unter die Haut oder durch den Mastdarm in das Becken eingeführt wurden. Der zu verwendende Apparat muss sehr hohe Temperaturen auf einem beschränkten Raume in gleichmässiger Weise anzuwenden gestatten. Dieses erreicht der Hiltzingersche Zirkulationsheissluftapparat. Verschiedene Disposition der Haut gegen hohe Temperaturen macht es jedoch erforderlich, allmählich mit den Temperaturen zu steigen; hierdurch kann man ohne Verbrennung die Einwirkung von Wärmegraden von 80—90° vertragen. Eine objektive Veränderung der Exsudate konnte Tuszkai jedoch nie konstatieren, hingegen schwanden die Schmerzen vollständig, und die Kranken fühlten sich wohl und wurden arbeitsfähig. Vielleicht beschleunigt der Apparat das Chronischwerden der Exsudate. Auf die Darmfunktion wirken die hohen Temperaturen äusserst günstig ein. Das Körpergewicht nimmt unter der Behandlung bedeutend ab.

Über Heissluftbehandlung gynäkologischer Erkrankungen berichtet auch Dr. Bürger (Wien) aus Prof. Chrobaks Klinik. Zur Verwendung kam der Kehrersche elektrische Schwitzkasten und der handlichere Reitlersche Trocken-Heissluftapparat. Die Wirkungsweise dieser Therapie besteht in der Erzeugung einer aktiven Hyperämie. Auffallend ist die schnelle subjektive Besserung, die durch die schmerzlindernde Wirkung sich erklärt; unangenehme Nebenwirkungen sind die oft nicht zu vermeidenden: Verbrennungen, in manchen Fällen Mattigkeit, Herzklopfen, Flimmern vor den Augen, besonders dann, wenn ein gewisses Maximum des Wärmegrades (140° C) überschritten wird; dabei tritt auch Sistieren der Schweissabsonderung infolge Überreizung und Übermüdung der Schweissdrüsennerven ein. Das Hauptgebiet für die Anwendung sind die postpuerperalen Beckeninfiltrate, wobei zu unterscheiden ist zwischen der chronischen retrahierenden Parametritis und der Form, die zu grossen harten Beckenbindegewebsinfiltraten führt. In der Mehrzahl der Fälle der letzteren Kategorie trat auffallende subjektive Besserung ein, objektiv konnte auch bedeutende Verkleinerung der Tumoren festgestellt werden (Zahl der Sitzungen 8—35), wobei oft, was für die Diagnose wichtig ist, nach Schwinden der Infiltrationen das Vorhandensein von Adnextumoren festgestellt werden konnte. In Fällen von Parametritis, welche Neigung zur Vereiterung zeigen, kann diese Behandlung ein die Einschmelzung unterstützendes Moment darstellen, muss aber mit Vorsicht angewandt werden, da sonst auch Spontan-

Digitized by Google

rupturen in andere Organe stattfinden können. Es wird deshalb diese Therapie an der Wiener Klinik nicht angewandt in Fällen, in denen bereits Fieber besteht. Bei den Fällen von chronischer Perimetritis, bei Verwachsungen, besonders solchen, wo eine starke Druckempfindlichkeit und Infiltration der Ligamenta sacrouterina bestand, wurde die Therapie mit gutem subjektiven Erfolge in $^2/_3$ der Fälle, mit gutem objektiven Erfolge aber kaum in der Hälfte der Fälle trotz 64 Sitzungen angewandt; in einem der Fälle trat Vermehrung der Schmerzen und Ausbildung eines Adnextumors ein, die möglicherweise auf die Therapie zurückzuführen ist. Die Wirkung auf Adnextumoren, akute und chronische, ist günstig, aber nur vorübergehend. Kontraindiziert ist die Therapie bei grossen Adnextumoren und gleichzeitig bestehendem Fieber, da durch Beschleunigung der Eiterung hier die Gefahr einer Spontanruptur droht. Bei Rückwärtslagerung des Uterus hat die Therapie nur subjektive Besserung im Gefolge. In einem Falle von Bauchdeckenaktinomykose gingen die Infiltrate wieder zurück, bei drei Bauchdeckenfisteln nach Laparotomie hatte die Beheizung das Aufspriessen frischer Granulationen im Gefolge.

Unter den Indikationen zur Vaporisation des Uterus gebührt nach Dr. Fuchs der erste Platz allen lebenbedrohlichen Blutungen, die einfacheren Mitteln trotzen. Bei Metrorrhagien auf hämophiler Basis ist die Atmokausis die Operation. Sie ist auch sehr erfolgreich bei Myomblutungen. Ablehnend verhält sich Fuchs gegenüber der hämorrhagischen Endometritis noch gebärfähiger Frauen; er macht sie hier nur zur Vermeidung der Uterusexstirpation. Dahin gehört auch die Beseitigung der Menses bei erschöpfenden Allgemeinerkrankungen (Tuberkulose). Die besten Erfolge erreichte Fuchs bei präklimakterischen Blutungen; hier wurde durch die Dampfwirkung ausserdem eine intensive, langdauernde Kontraktion des Uterus ausgelöst. Benutzt wurde der von Pincus angegebene Kessel mit dem Schutzrohre von Dührssen. Der Cervikalkanal wurde mit Vorteil stets am Abend vor der Operation mit Tupelo-Stift erweitert. Die besten Resultate ergab die Anwendung hoher Temperaturen (115—120° C im Kessel) bei einer Dauer von 30—45 Sekunden. Längere Anwendung niedrigerer Temperaturen erzielt nicht die beabsichtigte Oberflächen-Schorfbildung, sondern hat Tiefenwirkung, zerstört die Drüsenlast und ermöglicht Verklebungen. Der Vaporisation wurde prinzipiell die Abrasio der Schleimhaut vorangeschickt, weil man bei deren wechselnder Dicke erst nach der Entfernung die Intensität der Dampfwirkung modulieren kann. Ferner wurde regelmässig erst die Blutung gestillt, zuletzt am wirksamsten mit Wasserstoffsuperoxyd. Um die Adnexe genau abtasten und den Uterus austasten zu können, wurde immer narkotisiert. Bleiben nach der Vaporisation noch Blutungen bestehen, oder bringen die nächsten Menstruationen noch verstärkten Blutabgang, so ist nach der Erfahrung von Fuchs an verlangsamte Schorflösung zu denken, und man muss den Uterus zunächst mechanisch reinigen, ehe man wieder vaporisiert oder gar total exstirpiert.

Ein von Dr. Pincus (Danzig) verfasstes, Atmokausis und Zestokausis betiteltes Werk ist Prof. v. Winckel (München), einem der Förderer dieser Behandlungsmethode, gewidmet. Pincus hat bekanntlich die von Dzondi, dem Hallenser Chirurgen, zufällig beobachtete kaustische Wirkung der siedenden Dämpfe durch systematische Verbesserung der Technik, durch exakte Vorschriften für die Indikationen und Kontraindikationen sowie durch Publikationen der erzielten Resultate so verwertet, dass wir jetzt eine ebenso gefahrlose wie eminent wirksame Methode zur Stillung von abundanten Gebärmutterblutungen besitzen, welche Methode schon an zahlreichen Kliniken gelehrt und geübt wird. Wenn auch die Verdienste Snegirews um die Erfindung der Vaporisation des blutenden Uterus vom Verfasser des Werkes selbst anerkannt werden, so weiss man dennoch, dass es Pincus war, der durch seinen jahrelangen Kampf, durch die wiederholten Publikationen der von ihm erreichten Verbesserungen und Vereinfachungen der Apparate die Dampfbe-

Digitized by Google

handlung geradezu schuf. Der Kampf um diese Methode spiegelt sich naturgemäss auch in diesem Werke ab, welches überaus zahlreiche, streng kritische Abfertigungen der Gegner dieser Methode — und die Methode hat noch Gegner! — enthält. Wenn aber Männer wie v. Winckel, Fritsch, Runge, Fehling, Helferich, Küstner, Hofmeier, E. Fränkel und noch andere sich für den Wert einer Behandlungsmethode einsetzen, diese für eine relativ einfache und ungefährliche erklären („die Atmokausis ist ungefährlich, schmerzlos und wirksam", Ausspruch von Fritsch), so sollten auch die praktischen Ärzte, welche zu blutenden Frauen gerufen werden, sich mit der Methode vollkommen vertraut machen. Das vorliegende Werk bietet ihnen hierzu vollste Gelegenheit.

Beiträge zur Lehre über den Einfluss thermischer Anwendungen auf das Blutgefässsystem von Dr. Martin (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 7. Bd. 3. H.). — Untersuchungen über den menschlichen Schweiss; Schwitzen bei verschiedenen Schwitzprozeduren von Prof. Brieger und Dr. Diesselhorst (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 24). — Über die strahlende Wärme und ihre Wirkung auf den menschlichen Körper von Dr. Frankenhäuser (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 7. Bd. 7. H.). — Über temperierte und die Körpertemperatur erhöhende Bäder von Dr. Friedländer (Zentralbl f. d. ges. Ther. — Zeitschr f. diät. u. phys. Ther. 7. Bd. 3. H.). — Dr. Neumann über Thermotherapie auf dem Balneologischen Kurse zu Baden-Baden (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 6. Bd. 11. H.). — Beiträge zur Heissluftherapie von Dr. Marcuse (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 7. Bd. 6. H.). — Beiträge zur Kenntnis der Heissluftbehandlung von Dr. Rautenberg (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 6. Bd. 10. H.). — Zur Thermotherapie mittelst konstanter Wärme (mit besonderer Berücksichtigung der venerischen und Hautaffektionen) von Dr. Ullmann (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 6. Bd 11. H.). — Die Heissluftbehandlung mit dem Vorstädterschen Kalorisator von Dr. Bering (Ther. d. Gegenw. 10. H. — Medico Nr. 42). — Zur Behandlung von Gallen- und Nierensteinkoliken mittelst neukonstruiertem Heissluftapparat von Dr. Sachs (Ther. d. Gegenw. 6. H.). — Theoretisches und Praktisches über lokale Wärmeapplikation von Dr. Davidsohn (Münch. med. Wochenschr. Nr. 7). — Bemerkungen zur Behandlung einiger entzündlicher Erkrankungen von Dr. Schnitzler (Heilk. 3. H. — Medico Nr. 16). — Dr. Tuszkai über physikalische Behandlung in der Frauenheilkunde auf der Naturforscherversammlung zu Kassel (Münch. med. Wochenschr. Nr. 43). — Zur Heissluftbehandlung gynäkologischer Erkrankungen von Dr. Bürger (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 28. — Med. Woche Nr. 33). — Anatomische und klinische Beiträge zur Vaporisation des Uterus von Dr. Fuchs (Arch. f. Gynäk. 69. Bd. 1. H. — Schm. Jahrb. 280. Bd. 10. H.). — Atmokausis und Zestokausis von Dr. Pincus (Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann).

Thigenol. Dr. Saalfeld (Berlin) hat das Thigenol, ein geruchloses und billigeres Ersatzmittel für Ichthyol. in 124 Fällen angewendet. Das Mittel trocknet rasch auf der Haut an, lässt sich von dieser und aus der Wäsche leicht mit Wasser entfernen. Verfasser leitet die Wirksamkeit des Präparates von seinem Schwefelgehalte ab. Demgemäss erzielte er die auffallendsten Erfolge bei Seborrhöe und seborrhoischem Ekzem und zwar kommt hier neben 10 bis 20%igen Salben auch die spirituöse Lösung (Alkohol und Wasser 2:1) selbst bis zu 50% Thigenolgehalt wesentlich in Betracht (bei lichtem Haar nicht anzuwenden!) Bei Rosacea, Nasen- und Gesichtsröte bewährte sich das Aufstreichen von

Thigenol 5—10,
Aq. destillat.,
Spirit. ää 12,5.

des Abends und Wegwaschen am Morgen mit Seife, bei sehr empfindlicher Haut die 10 bis 15%ige Salbe. In richtiger Konzentration angewendet z. B. bei einem 1¼jährigen Kinde als ½—1% Salbe bzw. Zinkpasta und hinauf bis zu 10 und 15% bei Erwachsenen — oft verursacht schon 5% Thigenol Brennen — leistet das Mittel vorzügliches bei chronischen, papulösen, nässenden und squamösen Ekzemen und bei Lichen chronic. simpl. Bei Psoriasis unwirksam, brachte die 10 bis 20%ige Thigenolsalbe manche Sycosis coccogenes zur Heilung, bei Frostbeulen empfahl sich diese Salbe oder 1 bis 33⅓% Thigenolkollodium zur Behebung der subjektiven und objektiven Erscheinungen, die sukzessive Einreibung von

Thigenol 70,
Spirit. 20,
Aq. destillat. 10,

beseitigte Scabies.

Dr. Neumann (Berlin) hat das Thigenol bei allen jenen Affektionen der weiblichen Sexualorgane zur Anwendung gebracht, in denen es auf Erzielung resorptiver Wirkung ankommt. Was die Art der Applikation betrifft, so hat Ver-

Digitized by Google

fasser das Präparat als 10—20%iges Thigenolglyzerin benutzt. Die Lösung wurde mittelst grösserer Wattetampons im zweiblätterigen Spekulum möglichst nahe an die erkrankte Partie, z. B. bei Exsudaten im Douglas hinter die Vaginalportion, bei einseitigen Affektionen in das betreffende seitliche Scheidengewölbe, herangebracht. Der Tampon wurde 24 Stunden an Ort und Stelle belassen, entweder jeden oder jeden zweiten Tag erneuert. Nach jedesmaliger Entfernung des Tampons machte sich die Frau eine Scheidenspülung behufs Reinigung. Der Thigenolglyzerintampon (10—20%) zeigte neben der resorptionsanregenden auch eine ausgesprochen schmerzstillende Wirkung. Es kommen hier besonders in Betracht chronische Parametritis, chronische und subakute Perimetritis mit Exsudation oder Strangbildungen, chronische Oophoritis und noch nicht zu Säcken entartete Pyosalpingen, chronische Metritis, Erosionen am Collum uteri. Da die Natur gerade bei exsudativen Entzündungen der Parametrien des Beckenbauchfells uns gezeigt hat, wie grosse Exsudatmassen oft lediglich durch die Resorptionskraft des Organismus zum Verschwinden gebracht werden können, so dürfen wir mit vollem Recht, sagt Verfasser, bei der Behandlung der Beckenorganentzündungen dem konservierenden Regime ein grösseres Feld einräumen, als an anderen Organen.

Über Thigenol von Dr. Saalfeld (Ther. Monatsh. 4. H. — Prag. med. Wochenschr. Nr. 35). — Über die Anwendung des Thigenols bei Frauenleiden von Dr. Neumann (Deutsche Ärzte-Ztg. 19. H. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 44).

Thiosinamin. Dr. Lewandowski äussert sich über Thiosinamin folgendermassen: 1. Das Thiosinamin ist als ein für den Gesamtorganismus unschädlicher Stoff anzusehen. 2. Seine Anwendungsweise geschieht vorläufig am zweckmässigsten in Gestalt von subkutanen Injektionen 15% alkoholischer Lösungen, welche vor wässerigen der zuverlässigen Wirkung wegen den Vorzug verdienen. Über innerliche Darreichungen ist das Urteil noch auszusetzen. Die Anwendung in Form von Pflastermullen kann zu heftigen Reizungen führen, ist aber in geeigneten Fällen zu versuchen. 3. Eine Erklärung seiner elektiven Wirkung ist zur Zeit nicht zu geben. 4. Indiziert ist seine Anwendung, a) bei allen narbigen Zuständen der äusseren Haut und des inneren Körpers, ganz gleich, welcher Provenienz die Narbe ist; so ist es erfolgreich bei allen Hautnarben, Verbrennungen, Lupus, Karzinom, bei Adhäsionen, Verklebungen, Verwachsungen innerer Organe untereinander und mit serösen Häuten, ferner bei Keloiden und Sklerodermie und Rhinophym, b) als präparatorisches Mittel vor Operationen, welche wegen gefährlicher Verwachsungen Schwierigkeiten bereiten, c) als narbenerweichendes Mittel nach Operationen, wo die Narbe die Ursache der postoperativen Beschwerden ist, d) in der Augenheilkunde bei alten Hornhautflecken, Katarakt, iritischen Verwachsungen (hintere Synechie), Chorioiditis disseminata exsudativa, e) bei jenen Fällen von Schwerhörigkeit und Taubheit, die durch fibröse Massen und narbige Veränderungen im inneren Ohr (Paukenhöhle) verursacht werden. 5. Seine Anwendung ist kontraindiziert oder nur mit grosser Vorsicht erlaubt, wenn die Möglichkeit vorliegt, dass akute oder eben abgelaufene entzündliche Prozesse durch ihr Aufflammen dem Organismus Gefahr bringen könnten (frische Keratitis). Liegt eine Propagation der Entzündung im Rahmen der therapeutischen Absicht, so steht seiner Anwendung nichts im Wege.

Über Thiosinamin und seine Anwendung von Dr. Lewandowski (Ther. d. Gegenw. 10. H.).

Trachom. Dr. Rössler (Przemysl) lobt die Kollargolbehandlung des Trachoms, die folgendermassen ausgeführt wird: Bei Trachom und Follikularkatarrhen täglich zweimalige Verreibung von je 1 g Unguentum Credé in der Schläfengrube und über dem Arcus superciliaris bis zum Ablauf der Reizerscheinungen, hierauf Bepinselung der Konjunktiva mit 2—5%iger Kollargollösung einmal täglich und bei vollständiger

Digitized by Google

Reizlosigkeit Abreiben der Follikel mit einem Kollargolstift, für den er folgendes Rezept gibt:

Rp. Collargoli 3
Sacchari lact.,
Tragacanthae,
Os. sepiae ää 1
Mucil. Gummi Acaciae gutt. III.
Aq. dest.,
Glycerini ää part. aeq. q. s.
M. f. bacillus.
S. In braunem Glase aufzubewahren.

Dieser Stift wird sehr schnell fest, ohne jedoch so hart zu werden wie Lapisstift. Mit der Konjunktiva in Berührung gebracht, gibt er sofort eine genügende Menge Kollargol ab. Das Calc. carbonat. scheuert die Konjunktiva ab, ohne jedoch so intensiv zu wirken wie Bürsten oder Bimstein. Reizerscheinungen treten gar nicht auf, die Applikation ist ganz schmerzlos.

Über Kollargol, ein Beitrag zur Silbertherapie von Dr. Rössler (Wien. med. Wochenschr. Nr. 19).

Transplantationen. Dr. Widmann berichtet aus dem Nürnberger allgemeinen Krankenhause über eine Reihe von Transplantationen mit Krauseschen ungestielten Hautlappen, die aus Kutis und Epidermis bestehen. Die Ergebnisse berechtigen nach Autor zu ausgedehnter Anwendung des Verfahrens als Ersatz der Stielplastik in Fällen, bei denen die Thierschsche Plastik keine genügende, widerstandsfähige Bedeckung zu liefern im stande ist. Speziell bei den zahlreichen Handverletzungen der maschinellen Betriebe stellt das Verfahren eine treffliche Bereicherung der konservativen, hier so bedeutungsvollen Behandlung dar, und Misserfolge werden um so seltener zu verzeichnen sein, je vollständiger die Technik beherrscht wird. Das Verfahren, einwandfrei gehandhabt, gibt aber vorzügliche Resultate.

Über Transplantation ungestielter Hautlappen nach Krause von Dr. Widmann (Beitr. z. klin. Chir. 36. Bd. 3. H. — Schm. Jahrb. 278. Bd. 7. H.).

Trigemin. Als Trigemin wird, wie Dr. Overlach mitteilt, eine Verbindung bezeichnet, welche durch Einwirkung von Butylchloralhydrat auf Pyramidon entsteht. Die Substanz kristallisiert in langen, weissen Nadeln, welche bei 85° schmelzen, eigenartig zart aromatisch riechen und milde schmecken. Sie sind in Wasser leicht löslich. Die Wirkung von Trigemin ist ebenso wie die des Butylchloralhydrates analgetisch und sedativ und zwar spezifisch bei den schmerzhaften Affektionen der direkten Hirnnerven, erscheint aber wegen der Pyramidonkomponente dem letzteren weitaus überlegen. Eine Reizwirkung auf den Magen wie das Butylchloralhydrat übt Trigemin nicht aus, ebensowenig äussert es in therapeutischen Dosen eine Einwirkung auf das Herz. Das Trigemin ist angezeigt bei den verschiedenen Arten von Kopfschmerz, nach Überanstrengung, physischer Alteration, Kopfschmerz bei Influenza, nach Alkoholvergiftung, Migräne, ferner bei Occipital-Neuralgie, schmerzhaften Affektionen des Trigeminus, bei lokalisierter Gesichtsneuralgie, Supraorbital-, Supramaxillar- und Inframaxillarneuralgie und besonders bei schweren Zahnschmerzen verschiedener Form und Ursache. Die Dosis beträgt für Erwachsene 0,5—1,2 g, meist genügen Gaben von 0,6—0,75 g ein- bis zweimal täglich.

Trigemin, ein Analgetikum und Sedativum von Dr. Overlach (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 35. — Ther. Monatsh. 10. H.).

Tuberkulose. In einer umfangreichen Arbeit legt Dr. Aufrecht (Magdeburg) seine Ansichten über die Entstehung der Tuberkulose, speziell der Lungenphthise dar. Die hauptsächlichste numerisch wahrscheinlich bedeutsamste Eintrittspforte des Tuberkelbacillus in den menschlichen Körper sind nach Autor die Tonsillen. Von hier aus wird er durch die Halslymphdrüsen bis zu den Mediastinaldrüsen weiter befördert und führt zur Schwellung dieser Drüsen. Die Permeabilität intakter Gefässwände für den aus geschwollenen adhärenten Lymphdrüsen stammenden Tuberkelbacillus macht es begreiflich, dass aus tuberkulösen Hals- resp. Mediastinaldrüsen solche Bazillen in die Blutbahn übergeführt werden kön-

Digitized by Google

nen. Von den Halsvenen aus müssen sie in das rechte Herz und so in die kleinsten Zweige der Lungenarterie gelangen, von den Mediastinaldrüsen aus können sie direkt in die Arteria pulmonalis oder in die Vena pulmonalis eindringen und in ersterem Falle gleichfalls in die Lunge geraten, in letzterem Falle in den grossen Kreislauf kommen und bei grosser Reichlichkeit allgemeine Miliartuberkulose zur Folge haben. Dass beim Eindringen der Bazillen in den kleinen Kreislauf gerade die Lungenspitzen der geeignetste Ort für ihre Sesshaftigkeit sind, beruht einesteils auf den am wenigsten günstigen Zirkulationsverhältnissen in der Lungenspitze, anderenteils auf der Möglichkeit mechanischer Zerrungen ihres Gewebes. Sind die Tuberkelbazillen an und in der Wand kleinerer Gefässe der Lungenspitzen haften geblieben, dann führen sie, während sie sich selbst vermehren, auch zu einer Zunahme der zelligen Elemente der Gefässwand. Diese Gefässwandverdickung führt in der Lunge, weil diese Endarterien besitzt, zu einer Ernährungsstörung der durch diese Gefässe versorgten Gewebsabschnitte, zur Nekrose. In diese nekrotischen Herde gelangen die Bazillen von der Gefässwand aus und damit ist der käsige Tuberkel gegeben. Bei kleinen Mengen von Tuberkelbazillen kommt es nur zu isolierter Herdbildung in der Lungenspitze, bei grosser Menge entstehen in den Lungen und zwar in allen Abschnitten derselben enorm zahlreiche käsige Tuberkel. In ersterem Falle kann es zur Vernarbung oder nach Ausstossung des nekrotischen käsigen Herdes zu einer kleineren Kaverne in der Lungenspitze kommen, in letzterem führt meist bei raschem Verlaufe die Krankheit zum tödlichen Ausgange. Die Kavernenbildung beruht nicht auf den käsigen Tuberkeln direkt, sondern auf den durch ihr Vorhandensein bedingten pneumonischen Prozessen. Erst durch den Zerfall des pneumonischen infiltrierten Gewebes ist die Entstehung grösserer Kavernen bedingt.

Die Angabe Kochs von der Nichtübertragbarkeit der Menschentuberkulose auf das Rind findet insoweit Bestätigung, als es im Experiment nur schwer und in geringem Umfange, wenn überhaupt gelingt, Rinder mit Menschentuberkelbazillen zu infizieren. Einen beweisenden Versuch dieser Art teilt Dr. Cipollnia mit. Er liess ein 1 Monat altes Kalb Menschentuberkelbazillen durch eine tracheale Fistel inhalieren, injizierte ihm grosse Mengen derselben intraperitoneal und fand bei der Sektion nach zwei Monaten keine Spur von Tuberkulose. Die Nicht- resp. Schwerübertragbarkeit von Menschentuberkelbazillen auf das Rind aber ist nicht, wie Koch seinerzeit annahm, ein Zeichen der Artverschiedenheit von Rinder- und Menschentuberkelbazillen, sondern sie erklärt sich nach Behring und seinen Mitarbeitern aus der geringen Empfänglichkeit des Rindes für Tuberkulose einerseits und aus der geringen Virulenz der Menschentuberkelbazillen andererseits.

Unter Fütterungs-Tuberkulose ist nach Prof. Hansemann (Berlin) die Tuberkulose zu verstehen, die entsteht durch Zufuhr der Bazillen mit der Nahrung und Resorption der Erreger vom Darm aus. In den letzten sieben Jahren hat Hansemann 25 einschlägige Fälle zur Sektion bekommen, das macht pro Jahr drei bis vier Fälle, eine Zahl, die einer von Virchow gemachten Angabe entspricht. Die Fälle lassen sich in mehrere Gruppen teilen, in solche, wo sich nur tuberkulöse Veränderungen im Darm fanden, zweitens Fälle, wo die Infektion von den Mesenterialdrüsen auf das Peritoneum übergriff oder gegriffen hatte, darunter zwei, wo nur die Mesenterialdrüsen tuberkulös verändert waren, die Darmgeschwüre also geheilt sein mussten, drittens solche, wo die Tuberkulose neben dem Darm auch seröse Häute, Perikard und Pleura bei Freisein der Lungen ergriffen, und endlich Fälle, wo neben den Darmgeschwüren auch tuberkulöse Veränderungen in Organen sich fanden, die selbst oft der Sitz einer primären Erkrankung sind, wo aber die Erscheinungen in diesen sich deutlich als jünger, wie am Darm erwiesen. Die Zahlen zeigen, dass eine primäre Darmtuberkulose sehr selten ist. Die Befunde sind z. T. zufällig erhoben, die betreffenden Personen sind an anderen Affektionen gestorben, die Darmtuberkulose hatte keinerlei Erscheinungen gemacht. Was

Digitized by Google

den Verlauf der tuberkulösen Infektionen des Darms betrifft, so zeigen verschiedene Präparate, dass die Darmgeschwüre ausheilen können und später nicht einmal mehr Narben nachzuweisen sind. In anderen Fällen führt die Erkrankung durch Propagation aufs Peritoneum oder andere Organe zum Tode. Nie aber entsteht im Anschluss an eine Darmtuberkulose eine Lungenphthise. Damit kommt Hansemann auf anderem Wege zu einem ähnlichen Ergebnis wie Koch.

Prof. Wolf hat Tiere sowohl mit menschlichen Tuberkelbazillen, wie mit Perlsuchtbazillen gefüttert. Alle bekamen starke Tuberkulose der Drüsen, häufig auch der anderen Organe, einschliesslich der Lungen, aber nur selten des Darmes. Einzelne Präparate zeigen aber, dass die Bazillen die Darmschleimhaut durchwandert haben, ohne in ihr tuberkulöse Veränderungen gesetzt zu haben. Dass ebenso oft beim Menschen der Verdauungstraktus die Eingangspforte bildet, dafür spricht die Häufigkeit der skrofulösen Halsdrüsen. Wenn also auch primäre Darmtuberkulose selten ist, kann eine Fütterungstuberkulose doch häufig eintreten, und deshalb sollen die bisher geübten Verhütungsmassregeln bestehen bleiben.

Prof. Fränkel bestreitet nicht das Vorkommen der Fütterungs- und primären Darmtuberkulose. Bei den Fällen Hansemanns brauchen die Bazillen aber nicht aus der Nahrung zu stammen, es können auch menschliche Tuberkelbazillen sein, die den Betreffenden in anderer Weise zugeführt wurden. Die Fälle beweisen also nichts für die Möglichkeit einer Übertragung vom Tier auf den Menschen.

Prof. Baginsky hat bei Säuglingen sehr selten primäre Darmtuberkulose und ebenso selten primäre tuberkulöse Affektion der Mesenterialdrüsen gesehen; die Fütterungstuberkulose kann also nicht den Umfang haben, wie man früher geglaubt hat.

Dr. Schütz berichtet über seine mit Koch angestellten Fütterungsversuche an Kälbern, wobei die mit menschlichen Bazillen gefütterten Tiere gesund blieben, dagegen die mit Perlsuchtbazillen gefütterten erkrankten, woraus zu schliessen ist, dass zwischen beiden ein Unterschied bestehen muss.

Prof. Benda bestätigt die Seltenheit der primären Darmtuberkulose. Für die Beurteilung der Fälle ist wichtig, sich zu vergegenwärtigen, dass nicht alle Fütterungstuberkulose zu sein brauchen, da die Bazillen auf anderem Wege als mit den Speisen in den Verdauungstraktus kommen können, und dass die mit den Speisen zugeführten Bazillen durchaus nicht immer von perlsüchtigem Fleisch zu stammen brauchen. Die kasuistischen Mitteilungen über primäre Darmtuberkulose lassen sich also weder für, noch gegen Koch verwerten. Die Frage der Identität der Menschen- und Rindertuberkulose wird sich nur durch Tierexperimente entscheiden lassen.

Dr. Cornet betont, dass die Hansemannschen Fälle nichts weder für, noch gegen Koch beweisen. Dass die unverletzte Schleimhaut Bazillen passieren lässt, hat er schon vor Jahren nachgewiesen. Damit erklärt es sich, dass Mesenterialdrüsen tuberkulös erkrankt gefunden wurden, ohne dass am Darm Geschwüre oder Narben nachzuweisen war. Dass von seiten der Bakteriologen die Bedeutung der Disposition geleugnet werde, bestreitet er; doch sei die Disposition nur ein vager Begriff, und für die Prophylaxe die Bekämpfung des bekannten Bacillus wichtiger.

Dass ein Kind gerade in seinen ersten Lebenstagen, und zwar von seiten seines Verdauungskanales ungenügend gegen Infektionen geschützt ist, vermochte Prof. Disse (Marburg) anatomisch zu beweisen. Er fand, dass der Magen des Neugeborenen durchaus noch nicht eine so vollständige und dicke Schleimdecke aufweist, wie man sie an der Magenschleimhaut des älteren Kindes und des Erwachsenen findet. Es bestehen zunächst nur einzelne Schleimpfröpfe, die erst im Verlaufe mehrerer Tage zu einer richtigen Decke zusammenfliessen und so lange das nicht geschehen ist, werden mit der Milch genossene Tuberkelbazillen verhältnismässig leicht in den Körper eindringen können.

Digitized by Google

Bezüglich der Fütterungstuberkulose gelangt Prof. Ganghofner (Prag) zu folgenden Schlüssen: Wenn auch die Möglichkeit einer Übertragung von Rindertuberkulose auf den Menschen zugegeben werden muss, so ist bisher kein Beweis dafür beigebracht, dass eine solche Übertragung häufig stattfindet. Weder die pathologisch-anatomischen Befunde, noch die statistischen Erhebungen über das Verhältnis von Rinder- und Menschentuberkulose sprechen dafür, dass der Genuss von perlsuchtbazillenhaltiger Nahrung für die Entstehung der menschlichen Tuberkulose, insbesondere auch im Kindesalter, von irgendwie nennenswerter Bedeutung ist.

Im Kaiserlichen Gesundheitsamt zu Berlin sind durch Prof. Kossel in Gemeinschaft mit Stabsarzt Weber und Rossarzt Heuss über 100 verschiedene Tukerkelbazillenstämme auf die krankmachende Wirkung am Rinde geprüft werden. Kossels Mitteilungen beziehen sich ausschliesslich auf die Versuche, durch subkutane Injektion von Tuberkelbazillenreinkulturen, die von Menschen stammten, bei Rindern eine fortschreitende Tuberkulose zu erzeugen, und ferner auf eine Reihe von Vergleichsexperimenten, die an Rindern mit von Rindern und Schweinen stammenden Tuberkelkulturen angestellt wurden. Aus diesen Versuchen geht der Schluss hervor, dass die Kochsche Behauptung von der Nichtübertragbarkeit der menschlichen Tuberkulose auf das Rind widerlegt ist.

Prof. Orth (Berlin) betont, dass die Verschiedenheit der morphologischen Veränderungen bei der Tuberkulose des Menschen und des Tieres keinerlei Beweis für die ätiologische Differenz darbiete. Die zweite, experimentell zu beantwortende Frage, ob menschliche Tuberkulose auf das Rind übertragbar ist, sieht er nach den Ergebnissen der im Reichsgesundheitsamt angestellten Versuche positiv beantwortet und damit die Schlussfolgerungen von Schütz und Koch, die nach ihren negativen Ergebnissen die Unmöglichkeit der Übertragung behaupteten, für widerlegt. Die positiven Resultate des Reichsgesundheitsamtes ergänzen diejenigen anderer Forscher und seine eigenen. Der heutige Standpunkt in der Frage ist dahin zu präzisieren, dass Mensch und Tier mit demselben Bazillenstamm infiziert werden können, dass also die Erkrankung von Mensch zum Tier und vom Tier zum Menschen übertragen werden kann. Danach sei bei Beantwortung der praktisch eminent wichtigen Frage, welche Gefahr dem Menschen aus der Möglichkeit dieser Übertragung drohe, die grösste Vorsicht indiziert.

Zur Klärung der Frage der Übertragung der Haut-Tuberkulose stellte Dr. Meyer folgendes Experiment an: Er rieb die rasierte Bauchhaut dreier Meerschweinchen mit mischinfiziertem Sputum ein und konnte schon nach vierzehn Tagen das Aufschiessen mehrerer stecknadelkopfgrosser Knötchen feststellen, die sich bei der mikroskopischen Untersuchung als Tuberkeln erwiesen. Der Kontrollversuch bestand dann darin, dass anderen Meerschweinchen reines tuberkulöses Material auf die rasierte Bauchhaut eingerieben wurde. Hier entstanden erst nach sieben Wochen Hauttuberkel. Damit ist also erwiesen, dass in der Tat die Infektion mit mischinfiziertem Material die Übertragung der Tuberkulose begünstigt. Ausserdem berichtet Meyer noch über einen sehr interessanten Impfversuch bei einem anderen Meerschweinchen, das intraperitoneal mit menschlichen Tuberkelbazillen infiziert wurde. Es starb nach 77 Tagen und die Sektion ergab, dass ausser einer gewöhnlichen Tuberkulose auch Knötchen vorhanden waren, die ihrer ganzen anatomischen Beschaffenheit nach als Perlsuchtknoten angesehen werden mussten.

Alle Argumente, welche dafür angeführt werden, dass Rindertuberkulose für den Menschen unschädlich ist, stehen nach Anschauung von Prof. v. Behring (Marburg) auf schwachen Füssen, vielmehr hält Verfasser dafür, dass die Rindertuberkulose ganz im allgemeinen eine höhere Virulenzstufe der Tuberkelbazillen darstellt. Die Frage, ob Rinder auf die Dauer gegen die Tuberkulose immun gemacht werden können, hält Autor für gelöst und er steht nicht an, sie mit ja zu beantworten. Seine Impfungen mittelst intravenöser Einspritzungen klei-

Digitized by Google

ner Mengen schwacher menschlicher Tuberkelbazillen sind mittlerweile in einer derartigen Menge vorgenommen und sind durch lange Beobachtung, während der man den Tieren die beste Gelegenheit gab, tuberkulös zu werden, als derart zuverlässig befunden worden, dass v. Behring die von ihm geimpften Tiere für vollkommen immun hält. Wichtig ist die Beobachtung, dass die intravenöse Tuberkelbazillenimpfung bei älteren Tieren und vor allem augenscheinlich bei bereits tuberkulös infizierten Tieren eine sehr starke, oft bedenkliche Reaktion mit Fieber und Pleuropneumonie hervorruft. Diese Beobachtung veranlasste v. Behring die Impfung immer weiter vorzurücken, er empfiehlt für die Praxis nur Kälber in den ersten drei Monaten zu impfen und er meint, dass man bei der Übertragung seiner Immunisierungsmethode auf Menschen, Säuglinge in den ersten Monaten wird in Angriff nehmen müssen. Ob es jemals möglich sein wird, eine dauernde Immunität statt mit den gefährlichen Tuberkelbazillen mit ihren Toxinen bezw. Antitoxinen zu erreichen, das erscheint v. Behring zweifelhaft. Er stellt Versuche darüber in Aussicht, ob die Milch immunisierter Kühe auf Kälber, bezw. kleine Kinder eine schützende Einwirkung hat.

Dr. Neufeld (Berlin) gelang es, Ziegen, Esel und Rinder durch intravenöse Injektion von lebenden, vom Menschen stammenden Tuberkelbazillenkulturen gegen eine nachfolgende Infektion mit einer für die Kontrolltiere tödlichen Dosis virulenter Perlsucht zu immunisieren. Abgetötete Kulturen erzielten diese Wirkung nicht. Der Immunisierung durch steigende Dosen lebender Kultur ist eine Grenze dadurch gezogen, dass sich eine von der infektiösen wohl zu trennende akute toxische Allgemeinwirkung geltend macht, die jedoch nur die mit Tuberkulosekulturen vorbehandelten Tiere betrifft. Abgetötete Kulturen hatten nicht die toxische Allgemeinwirkung der lebenden Kulturen, obwohl die lokale Giftwirkung beider gleich ist (Knötchenbildung).

Seine diagnostischen Erfahrungen mit Tuberkulin bei Lungenkranken fasst Dr. Freymuth (Liebenstein) in folgenden Schlusssätzen zusammen: a) Die probatorische Tuberkulinreaktion ist ungefährlich (dies Urteil stützt sich auf ca. tausend Fälle). b) Bei frischer oder fortschreitender Infektion tritt regelmässige, typische Reaktion auf kleine Dosen ein, höchst selten ist es nötig, über 6 mg hinauszugehen. c) Bei stationärer oder heilender Tuberkulose wird die Reaktion atypisch und kann ganz versagen. d) Es ist daher voll beweiskräftig nur der positive Ausfall der Tuberkulinprobe, er beweist frische oder aktive Tuberkulose und ist das wertvollste Mittel zur Diagnose bei sehr geringem Lungenbefunde, ferner zur Unterscheidung der Chlorose und der chronischen Influenza von der Tuberkulose. e) Der negative Ausfall ist vieldeutig und beweist mit Sicherheit nur, dass keine frische oder fortschreitende Tuberkulose vorliegt (Koch). f) Der Frühdiagnose der Tuberkulose verleiht das Tuberkulin eine Sicherheit, die auf anderem Wege nicht zu erreichen ist. g) Für die allgemeine Praxis eignet sich Tuberkulin nicht; es ist ein Mittel für Klinik und Krankenhaus.

Über den Wert der Tuberkulinprobe äussert sich Dr. Meissen (Hohenhonnef) folgendermassen: 1. Die Tuberkulinprobe darf diagnostischen Wert beanspruchen. Dieser Wert ist aber nicht unbedingt, da eine nicht unbeträchtliche Zahl von Ausfällen vorkommt, wo die Probe versagt. 2. Die auf die Tuberkulin-Injektion folgende Reaktion ist häufig sehr unangenehm und kann in einzelnen Fällen ernste Gefahr bedingen. Es ist noch nicht ausgemacht, ob diese Misslichkeiten vermeidbar sind. 3. Der positive Ausfall der Tuberkulinprobe allein ohne andere klinische Symptome genügt nicht für die Diagnose einer tuberkulösen Erkrankung, die die Einleitung des Heilverfahrens in einer Heilstätte erforderlich machte. Entweder reagieren auf das Tuberkulin doch viele Menschen, die überhaupt nicht tuberkulös sind, d. h. keine Tuberkelbazillen in sich haben, oder es genügen für das Auftreten der Reaktion bereits die kleinen latenten Herde in den Drüsen etc., die wir bei den meisten Menschen annehmen müssen, die aber keine Tuberkulose im bisherigen Sinne

Digitized by Google

vorstellen. 4. Die Diagnose auch der Frühstadien der Lungentuberkulose muss mit unseren gewöhnlichen klinischen Hilfsmitteln (sorgfältige Anamnese, genaue, physikalische Untersuchung etc.) geschehen, die auch allermeist vollständig genügen. Die Tuberkulinprobe wird nur gelegentlich heranzuziehen sein. 5. In die Volksheilstätten passen ausser den Anfangsstadien auch solche Formen der chronischen Lungentuberkulose, die einen mehr gutartigen, fieberlosen Verlauf zeigen, selbst in den späten Stadien (fibröse Form). 6. Um die Dauer des Heilerfolges zu sichern, kommt es weniger auf die Verlängerung der Kur als darauf an, dass der entlassene Patient auch nach der Kur in hygienisch günstigen Verhältnissen bleibt. In dieser und in anderer Beziehung ist eine Ausgestaltung und Verbesserung des Heilverfahrens denkbar.

Dr. Marmorek (Paris) kam bei seinen Studien über das Tuberkulin zur Überzeugung, dass dasselbe nicht das wahre Toxin des Kochschen Bacillus, sondern nur eine Art vorbereitende Substanz ist, welche, auf die Bazillen einwirkend, dieselben anregt, einen ganz anderen toxischen Stoff in reichlichem Masse abzusondern. Die Tuberkulinreaktion kommt durch Entstehung des letzteren zu stande, welchen der Bacillus sezerniert, weil und nachdem das Tuberkulin mit ihm in Berührung gekommen ist. Das wirkliche Toxin blieb deshalb bis jetzt unentdeckt, weil man den Tuberkelbacillus in einer Nährsubstanz kultivierte, welche mit den natürlichen Bedingungen nicht genügend übereinstimmte. Marmorek erhielt das Toxin im Reagenzglase auf folgende Weise: Man legt eine Reinkultur junger Bazillen in einem Serum an, welches aus leukotoxischem Kalbserum und Glyzerin-Leber-Bouillon besteht. Nach einer Anzahl von Durchgangsstadien, welche der Bacillus in diesem neuen Medium durchmacht, findet man zu seinem Erstaunen das Tuberkulin nicht mehr, aber eine andere toxische Substanz, welche kleine Tiere tötet und gegen welche tuberkulöse Tiere nicht empfindlicher sind, als gesunde. Man kann Kaninchen und Meerschweinchen mittelst dieses einzigen Toxins gegen eine spätere bazilläre Infektion immunisieren. Man immunisiert Pferde mit diesen filtrierten Kulturen, welche keine Bazillen, aber das Toxin enthalten, und erhält so ein gegen das Toxin wirksames Serum. Mit diesem letzteren hat Marmorek seine Heilversuche zuerst an tuberkulösen Tieren und dann am Menschen angestellt. Dieses Serum hat nach diesen Versuchen sowohl prophylaktische wie Heilwirkung: 15—20 ccm, drei Tage vor der intravenösen Impfung injiziert, schützen das Kaninchen definitiv vor der tuberkulösen Ansteckung. Zur Heilbehandlung dieser Tiere braucht man um so höhere Dosen, je älter die Infektion ist. Die bei Meningitis und Lungentuberkulose erzielten Resultate sind sehr unsicher; die bei ersterer vorgekommenen Besserungen sind vielleicht nur die gewöhnliche Remission, welche dem Tode kurz vorhergeht. Bei chirurgischer Tuberkulose sind die Resultate etwas besser. Mehrere Fälle von Malum Pottii, welche mit Fisteln, Abszessen, Durchbruch in den Darm u. s. f. kompliziert waren, kamen vollständig zur Heilung, und Marmorek konnte allmähliche Verkleinerung von Drüsenschwellungen an Hals, Achsel und im kleinen Becken und Heilung mancher seit langer Zeit offen gebliebener Fisteln erleben. Bei insgesamt 2000 Injektionen trat nur dreimal ein lokaler Abszess auf; das Serum ruft gewöhnlich weder Fieber noch irgend eine lokale oder allgemeine Reaktion hervor, vielmehr sinkt das sogenannte hektische Fieber auf mehrere Einspritzungen hin ab. Die grösste Anzahl der Injektionen betrug 52, die geringste (in einem Fall von Drüsentuberkulose) 7 und 6 (Sternalfistel). Marmorek verhehlt sich schliesslich nicht, dass zu einem definitiven Resultate noch eine weit grössere Reihe von Erfahrungen gehört, aber sowohl seine eigenen Versuche, wie diejenigen, welche zahlreiche Kliniker des Auslandes seit einem Jahre vorgenommen haben, haben sehr ermutigende Erfolge gegeben.

Über die Behandlung der Tuberkulosemischinfektion mit Streptokokkenserum berichtete Dr. Menzer der Gesellschaft der Charité-Ärzte in Berlin. Menzer behauptet, dass in

Digitized by Google

der Mehrzahl der Fälle von Mischinfektion Streptokokken vorhanden und schon in der Frühperiode der Lungenschwindsucht für den Krankheitsverlauf von Bedeutung seien. Er nimmt die Arteinheit aller Streptokokken an. Die heilende Wirkung der Einspritzung seines Streptokokkenserums sucht er in einer reaktiven Hyperämie in den Streptokokkenherden, die auch auf die Tuberkelbazillen wirke. Am geeignetsten sind die Fälle des I. und II. Stadiums. Die Behandlung beginnt mit der Einspritzung von ½—1 ccm Serum. Die Reaktion ist nicht so heftig wie nach Tuberkulin und besteht in Kopfschmerz, Husten, vermehrten eitrigen Auswurf und Temperatursteigerung, die zuweilen nach vier Stunden ihre Höhe erreicht und manchmal mehrere Tage anhält. Gewöhnliches Pferdeserum beeinflusst die Temperatur nicht. Nach der Einspritzung des Streptokokkenserums wurde oft eine Zunahme der Rassolgeräusche gefunden und regelmässig eine Vermehrung der Leukocyten im Blut.

Prof. Robin (Paris) behauptet, dass die Tuberkulose in ihren klinischen Erscheinungen das Gegenstück zur Gicht sei und sucht nun den Nachweis zu führen, dass dementsprechend auch der Gaswechsel bei beiden Krankheiten ein entgegengesetzter sei. Auch der Gichtiker kann tuberkulös werden, sobald er infolge gewisser eintretender Komplikationen seine relative Immunität gegen Tuberkulose verliert, weil sich dann der gewöhnliche Chemismus der Atmung bei ihm ändert. Beim Gichtiker findet sich folgender spezifischer Typus des Gaswechsels: Verringerung des gesamten Gasaustausches, bedingt mehr durch die Steigerung der Kohlensäureanhäufung als durch die Verminderung der Sauerstoffaufnahme; infolgedessen Vermehrung der Absorption von Sauerstoff in den Geweben und Verminderung des Atmungsquotienten. Der Gichtiker, der schon weniger Sauerstoff aufnimmt, als der Gesunde, verbraucht davon mehr, als dieser für die Oxydation der stickstoffhaltigen Substanzen. Diese Abnormitäten des Stoffwechsels finden sich bei 72% der Kinder von Gichtikern, so dass also augenscheinlich der günstige Krankheitsboden sich in ¾ aller Fälle vererbt, bei Phthisikern nur in 60% bezüglich der Anomalie des entgegengesetzten Gaswechsels. Folgende Zustände verändern ganz oder teilweise den gekennzeichneten Gas- und Stoffwechsel des Gichtikers und machen ihn dadurch mehr oder minder für die Akquisition von Tuberkulose disponiert: 1. Fettleibigkeit, 2. Diabetes, 3. Karzinom, 4. Dyspepsien, 5. Alkoholismus, 6. Psychische Traumata, besonders Depressionszustände. Dagegen bleiben Asthma, Arteriosklerose, Nephritis u. a. ohne Einfluss. Wenn der Gichtiker tuberkulös wird, ist sein Gaswechsel viel weniger gesteigert, als beim gewöhnlichen Phthisiker. Robin betont zum Schluss die Bedeutung der Oxydationssteigerungen für die Konstitution der zu Tuberkulose geneigten Individuen und ihrer therapeutischen Herabminderung als eines Schutzmittels des Organismus gegen die Erwerbung von Tuberkulose. Die Gichtiker besitzen dieses natürliche Schutzmittel in der Herabsetzung ihres Gas- und Stoffwechsels.

Auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege schlug Prof. Gaffky (Giessen) folgende Massnahmen zur Bekämpfung der Tuberkulose vor: 1. Es sind in hinreichender Zahl öffentliche Untersuchungsstellen zu schaffen, durch welche den Ärzten in Stadt und Land die Möglichkeit geboten wird, die Absonderungen tuberkuloseverdächtiger Kranker unentgeltlich auf das Vorhandensein von Tuberkelbazillen untersuchen zu lassen. Die Einsendung der Proben an die Untersuchungsstellen ist den Ärzten tunlichst zu erleichtern. 2. Den Ärzten ist eine beschränkte Anzeigepflicht aufzuerlegen, welche sich zum mindesten zu erstrecken hat: a) auf jeden Todesfall an Lungen- oder Kehlkopfschwindsucht; b) auf jeden Fall, in welchem ein an vorgeschrittener Lungen- oder Kehlkopfschwindsucht Erkrankter aus seiner Wohnung verzieht oder in eine Heilanstalt gebracht wird; c) auf jeden Fall, in welchem ein an vorgeschrittener Lungen- oder Kehlkopfschwindsucht Erkrankter in Rücksicht auf seine Wohnungsverhältnisse oder unsauberen Lebensgewohnheiten seine Umgebung hochgradig gefährdet. 3. Für die

Digitized by Google

Fälle unter 2a und 2b ist die Desinfektionspflicht einzuführen. Die Kosten der Desinfektion sind, zum mindesten so weit es sich um wenig bemittelte Personen handelt, aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten. 4. In den Fällen unter 2c hat die Behörde tunlichst im Einvernehmen mit dem behandelnden Arzte diejenigen Anordnungen zu treffen, welche zur Verhütung der Krankheitsübertragung geeignet erscheinen. 5. Das wirksamste Mittel, unter ungünstigen Wohnungsverhältnissen und bei unsauberen Lebensgewohnheiten der Kranken, die Krankheitsübertragung zu verhüten, besteht in der Verbringung der Kranken in ein Krankenhaus. Eine besonders dringende Aufgabe ist daher die weitere Schaffung von Heimstätten und Asylen, sowie von besonderen Abteilungen in den allgemeinen Krankenhäusern, in welchen unbemittelte, für die Heilstätten nicht geeignete Schwindsüchtige unentgeltlich oder gegen geringes Entgelt Aufnahme finden können. 6. Sofern in den Fällen unter 2c die Entfernung des Kranken aus der Wohnung sich nicht erreichen lässt, ist die Entfernung der Gesunden, so weit sie nicht zur Pflege nötig sind, namentlich aber der Kinder anzustreben. Durch Errichtung von Säuglingsheimen und Kinderasylen ist in weiterem Umfange, als bisher die Möglichkeit zu schaffen, der in früher Jugend besonders grossen Gefahr einer tuberkulösen Infektion vorzubeugen. 7. Es ist darauf hinzuwirken, dass tuberkulöse Personen solchen Berufen und Beschäftigungen ferngehalten werden, welche die Gefahr einer Übertragung der Krankheit besonders naheliegend erscheinen lassen, z. B. dem Seemannsberufe, der Beschäftigung in stauberzeugenden Betrieben, der Beschäftigung in Verkaufsstellen von Nahrungsmitteln und dergl.

Die Frage, nach welchen Bedingungen soll die Aufnahme von Lungenkranken in Heilstätten erfolgen, beantwortet Dr. Moeller (Belzig) folgendermassen. Für die Aufnahme kommt nicht allein der Lungenbefund in Frage. Für die Prognose ist vielmehr die Dauer der Erkrankung, die Körperkonstitution, der Knochenbau, Thorax, Verhältnisse der Körperlänge zur Brustweite, die Entwicklung der Organe, mit Anschluss der Sinnesorgane, die Heredität und die ganze soziale Lage des Kranken in Betracht zu ziehen. Ein schwerkranker Arbeiter, der sich in misslichen Verhältnissen lange leidend hielt, bietet bessere Aussichten, als ein leichtkranker, trotz guter Verhältnisse schnell schlimm gewordener Wohlhabender. Charakter- und Gemütslage ist zu beobachten. Das Alter beeinflusst die Prognose, je älter der Kranke, desto besser ist sie anzutreffen. Ein Zutreffen aller dieser Faktoren im günstigen Sinne und das Bestehen normaler Körpertemperatur vorausgesetzt, lassen sich nachstehende Fälle ausgedehnterer Erkrankung zu einer versuchsweisen Aufnahme empfehlen: katarrhalische Affektion auf beiden Spitzen oder einem ganzen Oberlappen oder einem ganzen Unterlappen, Infiltration eines ganzen Oberlappens mit oder ohne Katarrh, dieselbe Erkrankung auf beiden Spitzen oder eine derartige Erkrankung eines Unterlappens. Auszuschliessen sind Fälle mit Verdacht auf floride Phthise mit dauerndem Fieber, mit wiederholten grossen Blutungen und (dies wohl nicht ohne Widerspruch) mit kavernösen Symptomen, ferner Haut-, Knochen- und Gelenktuberkulose und alle schweren Formen von Kehlkopferkrankungen. Um geeignete Fälle in die Anstalten zu bekommen, ist reichliche populäre Belehrung und die Errichtung von Polikliniken nötig. Mit Recht wird die Wichtigkeit eines guten Gebisses für die Ernährung betont. Zur Aufnahme sind einheitliche ausführliche Zeugnisformulare nötig. Dass bei Aufnahme von Nichttuberkulösen diese einer besonderen Ansteckungsgefahr ausgesetzt seien, ist nicht der Fall, trotzdem nimmt Moeller nur Tuberkulöse auf und diagnostiziert die Tuberkulose eventuell durch Tuberkulin. Zur Untersuchung hat ihm das Phonendoskop Bazzi-Bianchi gute Dienste geleistet. Dass augenblicklich noch Mangel an Plätzen sei, muss entschieden bestritten werden. Man soll nur den Andrang des Sommers auf den Winter verteilen; namentlich die Landesversicherungsanstalten sind in der Lage, das unvernünftige Vorurteil gegen Winterkuren zu beseitigen.

Digitized by Google

Einen Bericht über 208 seit 3—11 Jahren geheilt gebliebene Fälle von Lungentuberkulose liefert Dr. Meissen (Hohenhonnef). Zusammengefasst ist das Ergebnis, dass von 248 mit bestem Erfolge (Zensur I) nach einer durchschnittlichen Kurdauer von etwa fünf Monaten, (genau 156,7 Tage) entlassenen Lungenkranken der Heilanstalt Hohenhonnef 3—11 Jahre später 208 = 84% noch gesund und berufsfähig waren, während 40 = 16% sich wieder verschlechtert hatten, von denen aber nur 9 = 3.6 gestorben waren, und zwar zum Teil an Krankheiten, die nicht mit dem Lungenleiden zusammenhingen. Die Kurdauer beträgt aber darnach im Durchschnitte 156,7 Tage.

Dr. Katz (Berlin) macht den Vorschlag, die lungenkranken Arbeiter in einem klimatisch günstig gelegenen Lande anzusiedeln, und als solches sei nach sachverständiger Aussage Deutsch-Südwestafrika zu betrachten. Seine geographische Lage und die beträchtliche Bodenerhebung ergeben eine wenig wechselnde, trockene, reine Luft und ganz ähnliche Verhältnisse wie in Transvaal, das ja von den Engländern seit langem als nutzbringend gegen die Tuberkulose betrachtet wird.

Auch Prof. Senator (Berlin) ist der Meinung, dass das Klima von wesentlicher Bedeutung bei der Heilung der Tuberkulose sei. Denn ein Aufenthalt an der See oder im Hochgebirge sei im stande, ganz andere Heilfaktoren auszulösen, als ein solcher in der Umgebung der grossen Städte. Ob der obige Vorschlag durchführbar sei, sei wegen der grossen Kosten nicht so ohne weiteres zu beantworten. Er selbst habe sich gedacht, man solle die jetzigen Heilstätten in der Nähe der Städte für die Schwerkranken beibehalten, die leicht Kranken aber ins Hochgebirge oder an die See bringen.

Dr. Lindemann schildert die Vorzüge des Seeklimas für Lungenkranke, die schon Beneke bekannt zu machen sich bemüht hat. Er nennt zuerst die Reinheit der Luft und deren Reichtum an Sauerstoff, während die Kohlensäure vermindert ist, dann den hohen Luftdruck, den Salzgehalt und die tonisierende Luftbewegung und Luftströmung. Auch der hohe Feuchtigkeits und Ozongehalt, sowie die starke Insolation sind zu nennen. Aber auch die Seeluft kann nicht in wenigen Wochen einen Lungenkranken heilen, sondern: „Hat der Kranke sich an die Seeluft gewöhnt, sich akklimatisiert, so gehören Monate, oft Jahre dazu, um bei der verderblichen Lungenkrankheit einen Stillstand, eine Heilung und Vernarbung eintreten zu lassen. Also ein möglichst prolongierter Aufenthalt an der See muss gefordert werden, am besten in den „Heilstätten."

Prof. Robin (Paris) hält alle Mittel zur Heilung der Tuberkulose, welche auf eine Vernichtung der Bazillen abzielen, für verfehlt und erinnert dabei an einen Ausspruch Rühles unmittelbar nach der Entdeckung der Tuberkelbazillen. Er glaubte auch, dass die bisherige Behandlung mit Sanatorien nur scheinbare Erfolge erzielt habe, indem sich freilich die Patienten in denselben sehr wohl befänden, der Rückschlag aber so rasch eintrete, dass von Dauerheilungen nur selten die Rede sei; die Ergebnisse in Krankenhäusern und Sanatorien seien ganz identisch. Man müsse sein Augenmerk mehr auf die eigentlichen funktionellen Störungen, auf die die Tuberkelinfektion begünstigenden Organisationsmängel hinlenken. In dieser Beziehung beschuldigt Robin zwei Faktoren: 1. die Demineralisation, d. i. den Salzmangel aller Gewebe, der durch Analysen an Leichenbestandteilen zu beweisen sei, sowie 2. bestimmte Veränderungen im Respirationsstoffwechsel, der, trotz verminderter Lungenkapazität, nicht, wie vielfach geglaubt wird, herabgesetzt, sondern gesteigert sei; es finde vermehrte Sauerstoffaufnahme und Kohlensäureabgabe statt. Dies Verhältnis sei für Phthise charakteristisch und demnach diagnostisch — z. B. gegenüber einfacher Pleuritis — verwertbar, es bestehe aber, und dies sei die Hauptsache, nicht bloss bei eigentlichen Phthisikern und sonstigen Tuberkulösen (Ausnahme: Lupus), sondern bei allen hierzu „Disponierten", d. h. hereditär belasteten, durch Alkohol, Syphilis, Krankheiten verschiedener Art geschwächter Individuen. Im Mass der

Digitized by Google

Respirationsquotienten sei auch bei der Behandlung eine Handhabe für die fortschreitende Besserung geboten. Diese Behandlung soll, da ohnedies eine Steigerung des Stoffwechsels vorliegt, nicht tonisierend, sondern kalmierend sein (Ruhe, entsprechende Diät), ferner auf erneute Mineralisation des Körpers hinwirken (Darreichung von Alkalien, Kalk, Magnesia, Merkur) endlich auch die bazilläre Infektion bekämpfen, nicht durch innere Mittel, sondern durch rektale Darreichung von Kreosot, welches durch die Bronchien ausgeschieden werde, ferner durch lange fortgesetzte Einatmung von Antisepticis in kleiner Dose, wie Jodmethyl, Eukalyptol u. a., wodurch die bronchitische Reizung herabgesetzt werde. Robin zitiert das Beispiel der Pariser Pompiers, bei denen früher eine Sterblichkeit von 5 : 10 000 bestand, die in einigen Jahren rapide auf 60 : 10 000 stieg. Der leitende Arzt, Dr. Collin, glaubte den Grund dieser Verschlimmerung bei sonst gleichen Verhältnissen der Wohnung etc. lediglich in der Überanstrengung suchen zu müssen; er setzte demgegenüber bessere Ernährung, namentlich erhöhte Salzzufuhr durch, und lediglich durch diese Massnahmen ist die Sterblichkeit wieder herabgesetzt, sogar unter die frühere Quote, nämlich auf 3 : 10 000.

Prof. Penzoldt (Erlangen) ist der Ansicht, dass in der ärztlichen Praxis und in den Heilstätten im allgemeinen eher eine Neigung zu übermässigem Verordnen von Bewegungen als zu übertriebener Anwendung der Schonung bestehe. Im zweifelhaften Falle schadet zu viel Ruhe jedenfalls weniger, als zu viel Bewegung. Denn die Gefahr einer zu flachen Atmung bei der Liegekur (infolge der angeblichen Herabsetzung der Erregbarkeit des Atmungszentrums) ist nicht erwiesen, der Appetit ist in den meisten Fällen nicht vermindert, Störungen des Stuhlganges lassen sich durch diätetische und mechanische Massnahmen ausgleichen; auch die ungünstige Beeinflussung der Psyche wird leicht überschätzt. Endlich spricht der Vorteil, dass durch rechtzeitige Übung die Rückkehr zur körperlichen Berufsarbeit erleichtert wird, nicht gegen die Ruhebehandlung, da einmal ein grosser Teil der Arbeiter eine sitzende Lebensweise führt, andererseits die Ausnützung der ganzen verfügbaren Zeit für die Ruhekur mehr Vorteile bietet. Verfasser stellt folgende allgemeine Grundsätze für die Verordnung der Ruhe auf: Jeder heilbare Fall soll im Bett behandelt werden, sobald einmal am Tage 38° im Rektum erreicht oder überschritten wird, am besten in Verbindung mit Freiluftkur. Nach allen akuten Anfängen und Steigerungen des tuberkulösen Prozesses (längeres Fieber, Hämoptoe, exsudative Pleuritis, Ausdehnung der örtlichen Erscheinungen) soll durchschnittlich zwei Monate hindurch jede unnötige Bewegung vermieden werden. Verfasser mahnt hierbei ausdrücklich zu besonderer Vorsicht bei der Reise nach dem Sanatorium. Um im einzelnen Falle Anhaltspunkte für die Verordnung der Ruhe zu gewinnen, haben sich bisher die unmittelbar nach Bewegungen vorgenommenen Messungen der Puls- und Atmungsfrequenz noch nicht als brauchbar erwiesen. Die sicherste Grundlage hierbei gibt vorläufig noch die Temperaturmessung. Verfasser will lediglich Rektummessung angewendet wissen und richtet an die Heilstättenärzte die Bitte, sie möchten diese an Stelle der üblichen Mundmessung einführen. Bei Tuberkulösen ist erwiesenermassen die Rektaltemperatur nach Körperbewegungen mehr erhöht als beim Gesunden. Es gehört zur vorsichtigen Tuberkulosebehandlung, dass man bei fieberfreien Tuberkulösen nach den ersten ¼ bis ½ stündigen Spaziergängen, die man erlaubt hat, die Rektaltemperatur bestimmt, und zwar unmittelbar nach Beendigung des Ganges. Temperaturen von 37,8 und 37,9 müssen als verdächtig, solche von 38,0 und darüber als Zeichen angesehen werden, dass die betreffende Bewegung zu gross war. Bei völliger Ruhe und am Abend ist die Grenze des Normalen auf 37,5 festzusetzen. Bei 37,5 und darüber sind demnach keine unnötigen Bewegungen zu empfehlen und Ausnahmen nur zuzulassen bei wesentlicher Besserung des Allgemeinbefindens und wenn keine weitere Steigerung der Temperatur bei vorsichtig geleiteter Bewegung eintritt.

Dr. Cybulski (Görbersdorf) beschreibt

Digitized by Google

die Behandlung der Lungentuberkulose durch systematische Beklopfung des Brustkorbes nach Erni. Der Patient nimmt mit vollständig entblösster Brust auf einem Stuhl Platz. Nachdem die Brust mit Vaselin oder einer beliebigen Salbe gut eingefettet worden ist, beginnt der Arzt mit dem Klopfen in Form von kurzen, ziemlich starken, rasch aufeinander folgenden Schlägen. Die ganze Prozedur dauert nur einige Minuten (drei bis fünf). Auf diese Weise umkreist man den ganzen Brustkorb, wobei man die Supraklavikulargruben, die Schlüsselbeine, die Brustwarzen und beim Weibe die Brüste als äusserst empfindliche Teile vermeiden muss. Man kann sich hierbei entweder eines starken Spatels oder eines schweren Papiermessers aus Metall bedienen. Für gewöhnlich empfinden die Patienten in den ersten Sitzungen Schmerzen; sie gewöhnen sich jedoch bald daran. Nach Anwendung dieser Massage färbt sich die Haut lebhaft rot, manchmal sieht man sogar subkutane Blutaustritte auftreten. Mit Nachlass des Tapotement hören auch die Schmerzen sofort auf. Bei den Kranken macht sich ein Erfrischungsgefühl geltend, ähnlich wie nach Anwendung einer Brause. Bei kräftigen Personen kann man die Massage täglich, bei schwächeren jeden zweiten oder dritten Tag anwenden. Im allgemeinen genügen 20—30 Sitzungen, um einen Erfolg wahrzunehmen. Die Schläge müssen kurz und rasch und ziemlich kräftig erfolgen, wobei man das Instrument zwischen dem Zeigefinger und dem Daumen hält und nur das Handgelenk spielen lässt. Die Wirkung dieser Massage beschreibt Erni, der seine Methode in etwa 650 Fällen von Lungenschwindsucht angewendet hat, folgendermassen: Sofort nach der Massage konnte man ein Sinken der Temperatur um 0,2—0,5° wahrnehmen. Dieses Absinken ist entweder vorübergehend, d. h. es dauert ½ bis zu mehreren Stunden, oder aber es hält den ganzen Tag über an. Eine solche Wirkung konnte Erni in 75% aller seiner Fälle beobachten. Ausserdem konnte er ein Verschwinden der Nachtschweisse feststellen, welcher Umstand sich leicht aus der unmittelbaren Einwirkung auf die Haut erklären lässt. Die Kurzatmigkeit wird geringer, der Appetit und das Körpergewicht erfahren eine Steigerung (in 64%). Daneben sah Verfasser einen wohltätigen Einfluss auf die Blutbeschaffenheit, ganz besonders bei anämischen und chlorotischen Personen, selbst wenn sie anfangs nicht an Tuberkulose litten. Die wichtigste und hauptsächlichste Wirkung aber erzielt man durch diese Behandlung auf die Expektoration. Schon nach 3—4 Sitzungen überrascht sowohl den Patienten, als auch den Arzt die Vermehrung des Auswurfs und die Leichtigkeit der Abscheidung. Nach der Meinung des Verfassers wirkt das Beklopfen des Brustkorbes als Expektorans viel intensiver, als alle zu diesem Zwecke verabreichten Medikamente. Die Neigung zu Blutungen bildet keine Kontraindikation; im Gegenteil, eine grosse Anzahl solcher Kranken hatte viel weniger Blutungen als vorher; dagegen können Spuren von Blut in Gestalt kleiner Streifen im Auswurf sehr leicht nach Anwendung der Massage auftreten. Als ganz besonders für diese Behandlung geeignet sieht Erni Höhlen in der Lunge an, welche sich rasch reinigen; ebenso stellt Verfasser den günstigen Einfluss auf trockene Pleuritiden fest. Nach Cybulskis Erfahrung tritt in ca. 60% eine Besserung ein, während dagegen in anderen Fällen sich die Massage gar nicht eignet. Als geeignet zur mechanischen Behandlung sieht Erni fast jeden Fall von Tuberkulose an, namentlich aber verbreitete Kavernen, trockene Pleuritiden. Cybulski scheint es, dass zu dieser Behandlung am besten frische Fälle sich eignen mit zahlreichen feinblasigen Geräuschen, und zweitens sehr alte Fälle von Lungenschwindsucht. Grosse Kavernen, trockene Pleuritiden und im allgemeinen das Ergriffensein der unteren Lappen geben keine guten Resultate. Verfasser glaubt, dass die Methode wohl im stande ist, als Hilfsmittel bei der gewöhnlichen Art der Behandlung der Phthise gute Dienste zu leisten.

Dr. Cohn (Berlin) berichtet über die Ergebnisse der von ihm an 14 Kranken nach den Angaben von Landerer vorgenommenen Hetolbehandlung. Die Injektionen wurden in eine Armvene ge-

Digitized by Google

macht. Das Resultat ist ein ungünstiges zu nennen: von den grösstenteils leicht erkrankten Patienten wurde keiner geheilt, einer gebessert, sieben blieben unverändert, fünf verschlechterten sich, einer starb. Verfasser verlangt besonders längere Kontrolle des angeblichen Erfolges.

Eine Verbindung der Landererschen Hetolkur mit innerlichem Gebrauch von Natrium silicicum purissimum (täglich 1 g in mit Kohlensäure gesättigtem Wasser gelöst) wendet Dr. v. Weismayr (Arco) an. Die Kieselsäure soll das die tuberkulösen Herde der Lunge umgebende Bindegewebe imprägnieren und so eine Heilung durch sichere Abkapselung erzielt werden.

Dr. Thieme hat in der Brehmerschen Anstalt in Görbersdorf das Aspirin als Fiebermittel bei Tuberkulösen erprobt, und ist mit seinen Erfolgen durchaus zufrieden. Oft genügen schon kleine Mengen: 0,25 g zweimal mit einer Zwischenzeit von 4—5 Stunden. Sehr angenehm ist es, dass diese kleinen Mengen weder Schweisse, noch sonst irgend eine unangenehme Erscheinung hervorrufen.

Phthisopyrintabletten von folgender Zusammensetzung:

Aspirin	0,1
Natr. arsenic.	0,00025
Acid. camphor.	0,1

verwendet Dr. Schroeder mit gutem Erfolge als Unterstützungsmittel der hygienisch-diätetischen Fieberbekämpfung bei Phthisikern. Er beginnt mit der Darreichung von vier Stück pro die (dreistündlich je eine in Zitronenwasser gelöst nach dem Essen), steigt langsam jeden dritten Tag um eine, bis 10 Stück pro die erreicht sind, und geht ebenso bis auf vier pro die zurück. Nur selten stellen sich Aufstossen, Neigung zu Diarrhöe und leichter Schweiss ein. Kontraindiziert ist der Gebrauch dieser Tabletten bei Albuminurie.

Dr. Danelius und Dr. Sommerfeld benutzen ein Pulver, das enthält: 1. die Blätter der australischen Eucalyptus maculata, 2. das daraus hergestellte Oleum Eucalypti, 3. Flores sulfuris, 4. Carboligni pulveratus. Dieses Pulver-Sanosin wird anfänglich 12—15 Minuten, später länger, bis 25 Minuten, im geschlossenen Raum verdampft, und so mehrmals täglich 2—3 Stunden eingeatmet, auch nachts. Es wird nicht entschieden, ob neben den Eucalyptusdämpfen auch schweflige Säure wirksam wird. Sektionen haben nicht stattgefunden, Tierversuche sind nicht gemacht. Die Behandlungsdauer erstreckt sich bis jetzt über 6—8 Monate, so dass Heilungen natürlich noch nicht behauptet werden können. Die Symptome verändern sich in der Weise, dass Husten und Auswurf sehr bald geringer werden, der Appetit sich hebt, die zum Teil ausnehmend starken Nachtschweisse schwinden, das Körpergewicht zunimmt. Auch ein Nachlassen des physikalischen Lungenbefundes wurde fast immer konstatiert. Im Sputum nahmen die Bazillen an Menge ab, die elastischen Fasern wurden weniger, verschwanden in einzelnen Fällen völlig; letzteres wird als besonders günstiges Zeichen aufgefasst. Bei frischer Hämoptoe wurde das Verfahren nicht angewandt; wenig Blut im Sputum ist auch keine Kontraindikation.

Die Ursache des Hustens der Phthisiker liegt nach Dr. Pollatschek (Budapest) in den meisten Fällen in den oberen Luftwegen. Die Störungen der Nasenatmung, das vom Nasenrachenraum herabfliessende oder von dort herstammende Sekret, die verschiedensten Veränderungen des Rachens und Kehlkopfes werden von der üblichen Therapie nicht beeinflusst, während die kausale Behandlung die Kranken oft von grossen Unannehmlichkeiten befreit und die Heilungsmöglichkeit bedeutend befördert. Man sollte es nie unterlassen, die hustenden Patienten nach dieser Richtung zu untersuchen. Bei eintrocknendem Nasensekret ist die Ausspülung der Nase mit lauer 2%iger Na-Bikarbonatlösung, bei Pharyngitis sicca ist das Eintropfen von Vaselinöl in die Nase, um während der Nacht den Rachen feucht zu halten, oft von grösserer Wirkung, als die Verordnung des Heroins. Bei den Pharynx-Erkrankungen ist ausserdem nötig, zweitäglich mit adstringierenden Lösungen (Tannin, Zinc. sulf., Jod-Glyzerin) zu pinseln, was der behandelnde Arzt oder eventuell nach gehöriger Übung der Patient selbst verrichten kann. Die im

Digitized by Google

Kehlkopf entstehende Trockenheit, sowie das Kratz- und Juckgefühl sind mit lokalen Anästhetciis zu behandeln. Die Anästhetika werden in Form von Pinselungen, Einspritzungen und Inhalationen angewendet, die letzteren sind die wichtigsten, da dieselben der Patient bei Schmerzen selbst anwenden kann. Von den Anästheticis wendet Verfasser besonders das Kokain und das Orthoform an, das erstere in Form von Pinselungen, Einspritzungen und Inhalationen, das letztere in Form von Insufflationen. Der Nachteil beider Mittel ist, dass sie nicht in unbeschränkter Menge angewendet werden können, da sie toxisch wirken. In neuester Zeit hat Verfasser das Anästhesin für den in Rede stehenden Zweck herangezogen. Er verordnet das Mittel zu Kehlkopfeinspritzungen in folgender Emulsion:

Rp. Menthol	1,50
Pulv. gummi arab.	
Ol. amygd. dulc.	
Aquae dest. āā	10,0
M. f. emulsio, adde	
Anaesthesini	3,0—4,0—5,0
Spirit. Vini conc.	40,0
Aquae dest.	65,0.

1 ccm dieser Lösung bringt in den hartnäckigsten Fällen von Dysphagie nach wenigen Minuten eine bis zu 24 Stunden anhaltende, schmerzstillende Wirkung hervor. Zu Inhalationen muss man die Lösung mit Wasser verdünnen.

Bei der tuberkulösen Peritonitis ist, wie der so erfahrene New-Yorker Kinderarzt Prof. Jakobi in der neuerschienenen dritten Auflage seines berühmten Lehrbuches über Kinderkrankheiten darlegt, die Laparotomie und entsprechende Nachbehandlung von grossem Erfolg begleitet. Die Krankheit selbst ist von langer Dauer, ihr erstes Symptom ist oft Ascites, der aus einem eiweissreichen Exsudat von hohem spezifischen Gewicht besteht. Geschwellte Inguinaldrüsen, harte Abdominaltumoren, adhärente Darmschlingen, Schmerzhaftigkeit, die hin und wieder auftritt, Lungen- und Rippenfellentzündungen, komplizierendes Fieber etc. sind oft Symptome, die diagnostisch in die Wagschale fallen. Eine Zahl unkomplizierter Fälle geht ohne spezielle Behandlung in Heilung über, andere nehmen unter Jodbehandlung oder allgemeinem antituberkulösen Regime einen günstigen Verlauf. Von mancher Seite (Caillé) wird jeder medikamentösen Behandlung ein Wert abgesprochen und der operativen Behandlung allein Wirksamkeit zuerkannt. Jedenfalls sollte persistierendes Fieber, Unwirksamkeit innerlicher Massnahmen, Anhalten des Ascites und zunehmender Verfall einen operativen Eingriff als unaufschiebbar indizieren. Punktion und Luftinsufflation (von Duran befürwortet) stehen der Laparotomie mit Entleerung des Peritonealkavums und sofortiger Naht der Wunde an Wert anscheinend nach. Das Zustandekommen der Heilung wird auf verschiedene Weise: durch Kontakt mit antiseptisch wirkenden Stoffen, mit Luft, Licht, mit eindringenden Bakterien oder einfach durch die Entfernung des Exsudates erklärt. Wahrscheinlich ist es die konsekutive Hyperämie nach der Laparotomie, die einen überaus günstigen Einfluss übt.

Dr. Köppen (Norden) sucht an der Hand von einer Reihe von Tierversuchen die Meinung, ob bei tuberkulöser Peritonitis eine Laparotomie nötig ist oder eine Punktion ausreicht, zu klären. Aus den Ergebnissen der Versuche und Beobachtungen, meint Verfasser, lässt sich sowohl das Entstehen wie das Fortbestehen des Ergusses bei der menschlichen Bauchfelltuberkulose richtig auffassen. Bald nach der Absonderung der Toxine von den auf dem Peritoneum angesiedelten Tuberkeln beginnen die Gefässe zu exsudieren. Die sofort einsetzende Resorption vermag bald nicht gleichen Schritt zu halten, und so entsteht der Ascites. In ihm vermehrt sich das Toxin bei fortschreitendem Prozess, diffundiert und besetzt die Rezeptoren. Kann der Organismus diese nicht ersetzen, so geht der Körper unter steigender Inanition an Vergiftung zu grunde. Oder aber die Membran wird undicht, der Erguss wird mit dem gesamten Toxin durchgelassen und geht in die Körperflüssigkeit über, was ein Fortschreiten der Peritonitis in trockener Form bis zum tödlichen Ende zur Folge hat. Kommt aber der Prozess zum Stillstand, so hat sich zunächst das Bruchfell gegen die toxische Einwirkung

Digitized by Google

immunisiert. Wird der Organismus mit dem Toxin nicht fertig, so kann keine Diffusion statthaben, der Erguss bleibt bestehen. Wird nun zu einer Zeit, wo nach Immunisierung des Peritoneums die Exsudation aufgehört hat, der bestehende Erguss vollständig abgelassen, so muss er verschwunden bleiben. Das Bauchfell kehrt, wenn nicht schon geschehen, zur Norm zurück, die Erkrankung wird bezw. ist überwunden. Über die Therapie sagt der Verfasser, dass, abgesehen von der Immunisierung des Organismus, die erst noch die Zukunft lehren muss, die Punktion mit nachfolgender ergiebiger Ausspülung durch physiologische Kochsalzlösung zugleich die Zweckmässigkeit des Bauchschnittes und die Gefahrlosigkeit und Leichtigkeit des Bauchdeckenstiches besitze.

Dr. Schramm (Lemberg) hat 45 Fälle von tuberkulöser Peritonitis der Kinder behandelt, 25 nicht operiert und davon 9 verloren, 20 laparotomiert mit 2 Todesfällen. Wichtigen Aufschluss geben Nachuntersuchungen. Solche standen 23 zur Verfügung. Von 10 nicht Operierten waren im Laufe des ersten Jahres 8 = 80% gestorben, die beiden anderen sind schwächlich geblieben. Von 13 Operierten starben 3 = 25%, 10 sind vollständig geheilt. Nach den einzelnen Formen der Tuberkulose ausgeschieden, ist das Resultat bei diesen nachuntersuchten Fällen: Exsudative Form: nicht operiert 5, gestorben 3, leben 2; operiert 6, gestorben 0, leben 6. Adhäsive Form: nicht operiert 5, gestorben 5, leben 0; operiert 4, gestorben 1, leben 3. Ulzeröse Form: operiert 3, gestorben 2, lebt 1. Die operative Behandlung ist der internen überlegen und es ist kein Grund vorhanden, diese Errungenschaft der Chirurgie wieder preiszugeben.

Dr. Pagenstecher (Wiesbaden) ist auch für die operative Behandlung der Bauchfelltuberkulose. Es ist nicht bewiesen, dass die Heilungen nach der Operation nur Schein waren, und vollends ist nicht bewiesen, dass die Operation den Verlauf der Bauchfelltuberkulose verschlimmert habe. Bisher spricht eine Statistik mehr zu gunsten der Operation, wie der diätetisch roborierenden Behandlung. Es ist allerdings notwendig, die verschiedenen Formen der Peritonitis näher ins Auge zu fassen, um sie prognostisch und therapeutisch besser trennen zu können. Sichere Resultate liegen nur bei der exsudativen Peritonitis vor. Auch die Art des Beginnes spielt eine Rolle. Je akuter der Beginn, desto günstiger die Prognose. Verfasser rät zur Operation vor allem bei Exsudaten im chronischen Stadium, sowie dann, wenn man die Tuben als primären Sitz nachweisen kann. Zum Abwarten rät er im frühen entzündlichen Stadium, bei kleinen abgekapselten Exsudaten, bei der trockenen Form, bei der unter ileusartigen Erscheinungen einhergehenden Form.

Dr. Thönes (Duisburg) gelangt zu dem Schlusse, dass nach Ausschluss der Fälle, die sich wegen ihres Allgemeinzustandes, florider Phthise etc. zur Operation nicht eignen, die Laparotomie weitaus die besten Erfolge aufzuweisen hat, sowohl bei der exsudativen wie bei der adhäsiven Form der Bauchfelltuberkulose. In allen Fällen, in denen also eine längere Zeit fortgesetzte zielbewusste interne Behandlung keinen Erfolg aufzuweisen hat, soll laparotomiert werden.

Dr. Friedländer (Berlin) ist der Ansicht, dass von einer Heilwirkung der Laparotomie bei der tuberkulösen Peritonitis an und für sich nicht die Rede sein könne; die tuberkulöse Peritonitis heilt in vielen Fällen von selbst aus. Nützen kann die Laparotomie nur durch die Beseitigung stagnierender Exsudate in Fällen, wo die entzündlichen Erscheinungen bereits abgelaufen sind. Lebensrettend wirken kann die Laparotomie auch durch Entleerung abgekapselter, mit Eiter gefüllter Hohlräume. Schaden kann die Laparotomie vor allem durch das Entstehen von Darmfisteln, die nach operativen Eingriffen viel häufiger sind, als bei interner Behandlung. Um Fisteln zu verhüten, sollen bei der Operation Verwachsungen nach Möglichkeit geschont und soll die Bauchwunde primär geschlossen werden.

Dr. Scuderi hat in einem Falle von Peritonitis tuberculosa von den Jodinjektionen nach Durante guten Erfolg gesehen. Zunächst liess Autor lokal Einpinselungen mit Jodtinktur

Digitized by Google

machen und innerlich Jodate nehmen. Dann machte er der Patientin hypodermatische Injektionen nach Durante, nach folgender Formel:

Jodi puri	1,0
Kali jodat.	10,0
Guajacol	5,0
Ol. olivar.	100,0

Die Injektionen wurden in die Glutaelgegend gemacht, gut ertragen und waren vollständig schmerzlos. Es wurde täglich eine Pravazsche Spritze durch zirka zwei Monate injiziert. Seit nun mehr als einem Jahr ist Patientin vollständig geheilt.

Über die Genitaltuberkulose und die Peritonitis tuberculosa berichtet Prof. Veit (Leiden). Die Genitaltuberkulose kann spontan ausheilen, meist ist die Prognose schlecht. Bei primärer, bezw. isolierter Genitaltuberkulose ist die Operation (vaginale oder abdominale Radikaloperation) zur Zeit die beste Heilungsmethode. Bei nicht isolierter, bezw. sekundärer Tuberkulose kommt in erster Linie die Allgemein-, insbesondere Anstaltsbehandlung in Frage, ausnahmsweise auch die Operation. Palliativ sind zu empfehlen Einspritzungen von Jodoformemulsion in vaginal eröffnete Eiterherde oder Pyosalpinxsäcke, ferner örtliche Behandlung des erkrankten Endometriums mit Jodoform. Die tuberkulöse Peritonitis ist stets sekundär. Man unterscheidet die ascitische und die adhäsive Form. Dabei können die Genitalien primär oder sekundär erkrankt sein, oder es kann nur eine Tuberkulose ihres Bauchfellüberzuges bestehen. Die Peritonitis tuberculosa kann spontan ausheilen, wenn auch nicht häufig. Geheilt kann sie durch Bauchschnitt werden, wenn auch Misserfolge, bedingt durch weit vorgeschrittene Tuberkulose anderer Organe, vorkommen. Nach eigener Erfahrung Veits und Literaturstudien heilen etwa $^3/_4$ der Erkrankungen örtlich aus. In frischen Fällen soll man nur operieren, wenn Beschwerden durch die Peritonitis bestehen, da leicht eine Wiederholung der Operation nötig werden kann. Bei chronischem Verlaufe operiere man erst dann, wenn sich nicht bald der Anfang der spontanen Heilung zeigt. Nur bei gleichzeitig gefundener, völlig isolierter Genitaltuberkulose mache man die abdominale Radikaloperation, sonst genügt die Laparotomie in der Linea alba und völlige Entleerung der Flüssigkeit.

Prof. Dollinger (Budapest) redet der subkutanen Exstirpation von tuberkulösen Lymphdrüsen des Halses das Wort. Der Operateur sitzt hinter dem Kopf des Patienten, leuchtet mit einem Stirnreflektor in die Höhle hinein. Schnitt 6 cm lang am hinteren oberen Rande des Sternokleidomastoideus, Hochheben des vorderen Wundrandes und langsames Vorpräparieren. Die Blutung ist gering, bei 128 Operationen brauchte er keine Arterie in der Wundtasche zu unterbinden, Drainage einige Tage lang. In 21 Fällen kleine Eiterung, die durch Öffnen einer Naht bald aufhörte. Im allgemeinen betont er, dass zu solcher subkutaner Entfernung sich natürlich nur solche Drüsen eignen, die noch beweglich sind, noch keine periadenitische Verwachsungen haben. Für alle Fälle, auch für die submaxillaren Drüsen benützt er nur den kleinen Schnitt am oberen Ende des Sternokleidomastoideus.

Eine aus der Kocherschen Klinik stammende Arbeit über tuberkulöse Coxitis liegt von Dr. Manninger vor. Dieselbe stützt sich auf 44 Fälle und 107 Resektionen. In allen Fällen wurde die Resektion mittelst des Kocherschen hinteren Winkelschnittes gemacht. Die Nachbehandlung bestand in einer durch Wochen fortgesetzten Extension in abduzierter Stellung. In den späteren Fällen wurde nebst der Extension ein bis zum Knie reichender Gipsverband für die ersten Wochen angelegt. Je nach dem Heilungsverlaufe wurde nach durchschnittlich drei Wochen mit den Bewegungsübungen angefangen, und zwar Gewicht darauf gelegt, nur aktive Bewegungen zu gestatten. Im ganzen stehen 67 % gute 33 % schlechten Resultaten gegenüber. Die Indikation zur operativen Behandlung bilden in erster Linie Knochenerkrankung und Eiterungen, namentlich wenn es sich um weniger gut Situierte handelt, für die es eine Lebensfrage ist, bald auf die Beine zu kommen. Hier ist eine konsequente konservative Therapie meist undurchführbar. Fistulöse

Digitized by Google

Prozesse und sekundäre Luxation des Kopfes sind zwingende Anzeigen zur Operation.

Laut seiner an der v. Mosetig-Moorhofschen Abteilung gewonnenen Erfahrungen ist nach Dr. Damianos (Wien) für alle schweren Fälle von Tuberkulose des Kniegelenkes (bei Erwachsenen und bei Kindern) die Radikaloperation das sofort einzuschlagende Normalverfahren. Durch sie wird in den meisten Fällen, selbst bei schwerster Erkrankung, der Lokalprozess im Verlaufe weniger Wochen zur Heilung gebracht, das Bein wird wieder vollkommen funktionstüchtig, wenn auch im Kniegelenke steif, und wenn auch bei vorgenommener Resektion der Gelenkenden um ein Geringes verkürzt. Die Radikaloperation besteht entweder in der Arthrectomia synovialis oder in der Arthrectomia synovialis et ossalis (Resectio). Bei Kranken jenseits der 40er Jahre ist die Amputation vorzuziehen. Bei der Resektion lässt sich eine erhebliche Verkürzung des Beines durch Schonung des Epiphysenknorpels sicher vermeiden. Weitere Vorbedingungen zur Vornahme radikaler Operationen sind, dass der lokale Prozess eine gewisse räumliche Ausdehnung nicht überschritten hat, und dass der Allgemeinzustand des Kranken günstig ist. Bei der Resektion werden etwaige Knochenherde mit dem Hohlmeissel ausgestemmt und mit der v. Mosetigschen, rasch erstarrenden Knochenplombe ausgefüllt.

Dr. Stoeckel meint, dass die Blasentuberkulose bei Frauen oft vorkomme, aber leicht übersehen werde. Eine frühzeitige und sichere Diagnose erlaubt einzig und allein das Cystoskop, das bei richtiger Anwendung nicht schadet. Man sieht meist sehr leicht unverkennbare Tuberkelknötchen, etwaige Geschwüre sind ohne diese Knötchen kaum als tuberkulös zu erkennen. Stoeckel ist der Überzeugung, dass in fast allen Fällen die Blase von der Niere her infiziert wird. Dementsprechend findet man stets Ureterentuberkulose, die sich namentlich durch eine kraterförmige ausgezackte Ureterenöffnung kennzeichnet. Einen so erkrankten Ureter darf man katheterisieren, einen gesunden bei kranker Blase niemals. Nicht selten ist die Blase noch gesund, man findet aber bereits Ureter-Nierentuberkulose. Therapie der Nieren- und Uretertuberkulose: Exstirpation, wenn die andere Niere gesund ist. Die Blasentuberkulose an sich hat eine ausgesprochene Neigung zur Heilung und bedarf oft keiner besonderen Eingriffe.

Bei örtlicher Behandlung der Blasentuberkulose warnt Prof. Casper (Berlin) vor Spülungen in der üblichen Form, da durch dieselben die Blase ausgedehnt wird, was unter allen Umständen zu vermeiden ist. Günstige Wirkung erzielte Verfasser durch Instillation von 5—10 ccm, jedoch niemals mehr als 50 ccm Sublimatlösung (1:10000—1:5000, höchstens 1:1000) mittelst weicher Instrumente. Vor Milchsäure, selbst in Form von Cocainum lacticum, warnt er, da sie sich als zu schmerzhaft erwies. Auch die Sublimateinspritzung ist immer von einem schmerzhaften Reaktionsstadium gefolgt, so dass man 1—2 Tage Morphium verabreichen muss. Diese Instillationen dürfen nur ein-, höchstens zweimal wöchentlich gemacht werden. Bereits nach drei bis vier solchen therapeutischen Massnahmen ist eine günstige Wirkung zu verzeichnen. Vor operativen Eingriffen, so Eröffnung der Blase und Ausschaben, Ausbrennen, Ausschneiden der Geschwüre, partielle oder totale Abtragung der Schleimhaut, warnt der Verfasser aufs Nachdrücklichste.

Die Genese der Lungenphthise und die Verschiedenheit der mit dem Namen „Tuberkel" bezeichneten Gebilde von Dr. Aufrecht (Deutsches Arch. f klin. Med. 75. Bd 3. u. 5. H. — Schm. Jahrb. 279. Bd. 7. H.). — Über Übertragbarkeit der Menschentuberkulose auf das Kind von Dr. Cipollina (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 8. — Ther. d. Gegenw. 4. H.). — Prof. Hansemann, Prof. Wolf, Prof. Fränkel, Prof. Baginsky, Dr. Schütz, Prof. Benda und Dr. Cornet über Fütterungstuberkulose in der Berliner medizinischen Gesellschaft (Med. Woche Nr. 6 u. 7). — Untersuchungen über die Durchgängigkeit der jugendlichen Magen-Darmwand für Tuberkelbazillen von Prof. Disse (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 1. — Schm. Jahrb. 279. Bd. 7. H.). — Prof. Ganghofner über Fütterungstuberkulose auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Kassel (Münch. med. Wochenschr. Nr. 41). — Prof. Kossel über die Frage der Beziehungen zwischen Menschen- und Kindertuberkulose in der Berliner medizinischen Gesellschaft (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 7. Bd. 7. H.). — Prof. Orth über die Übertragung menschlicher Tuberkulose auf das Kind in der Berliner medizinischen Gesellschaft (Med. Woche Nr. 28). —

Digitized by Google

Dr. Meyer über die Übertragung der Hauttuberkulose ebendaselbst (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 45). — Über die Artgleichheit der vom Menschen und der vom Rinde stammenden Tuberkelbazillen und über Tuberkuloseimmunisierung von Rindern von Prof. v. Behring (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 12). — Die Tuberkulosebekämpfung von Prof. v. Behring (Berl klin. Wochenschr. Nr. 11. — Schm. Jahrb. 279. Bd. 8. H.). — Über Immunisierung gegen Tuberkulose von Dr. Neufeld (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 37). — Dr. Freymuth über diagnostische Erfahrungen mit Tuberkulin bei Lungenkranken in der medizinischen Sektion der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 16). — Die Tuberkulinprobe von Dr. Meissen (Heilk. 11. H. — Medico Nr. 50). — Dr. Marmorek über das Serum gegen die Tuberkulose in der Académie de médecine zu Paris (Münch. med. Wochenschr. Nr. 51). — Dr. Menzer über die Behandlung der Tuberkulosemischinfektion mit Streptokokkenserum in der Gesellschaft der Charité-Ärzte zu Berlin (Münch. med. Wochenschr. Nr. 31). — Prof. Robin über die Antagonisten der Tuberkulose auf dem internationalen medizinischen Kongresse zu Madrid (Münch. med. Wochenschr. Nr. 22). — Prof. Gaffky über die Frage: Nach welcher Richtung bedürfen unsere derzeitigen Massnahmen zur Bekämpfung der Tuberkulose der Ergänzung? auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege zu Dresden) (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 40). — Nach welchen Bedingungen soll die Aufnahme von Lungenkranken in Heilstätten erfolgen? von Dr. Moeller (Zeitschr. f. Tub. u. Heilst. 4. Bd. 2. H. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 10). — Bericht über 208 seit 3 bis 11 Jahren geheilt gebliebene Fälle von Lungentuberkulose von Dr. Meissen (Ebendaselbst. — Ebendaselbst). — Dr. Katz und Prof. Senator über den Kampf gegen die Tuberkulose als Volkskrankheit (Münch. med. Wochenschr. Nr. 3) — Über den Einfluss des Seeklimas auf Lungentuberkulose nach Beobachtungen auf Helgoland von Dr. Lindemann (Zeitschr. f. Tub. u. Heilst. 4. Bd. 1. H. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 3). — Prof. Robin über Diagnose und Behandlung der Lungenschwindsucht nach der Beurteilung der individuellen Disposition auf dem internationalen medizinischen Kongress zu Madrid (Med. Blätter Nr. 21). — Über das Mass der Bewegung bei der Behandlung der Lungentuberkulose von Prof. Penzoldt (Münch. med. Wochenschr. Nr. 1). — Ther. Monatsh. 3. H.). — Beitrag zur Mechanotherapie der Lungenphthise von Dr. Cybulski (Ther. d. Gegenw. 9. H. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 48). — Zur Frage von der Wirksamkeit der Hetolbehandlung von Dr. Cohn (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 13). — Ein Vorschlag zur medikamentösen Behandlung der Lungentuberkulose von Dr. v. Weismayr (Wien. klin. Rundschau Nr. 2). — Erfahrungen über Aspirin von Dr. Thieme (Ther. Monatsh. 9. H. — Schm. Jahrb. 280. Bd. 11. H.). — Phthisopyrintabletten von Dr. Schroeder (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 21). — Dr. Danelius und Dr. Sommerfeld über eine neue Behandlung der Lungentuberkulose in der Berliner medizinischen Gesellschaft (Med. Woche Nr. 20. — Die Anästhesierung der oberen Luftwege bei Tuberkulösen von Dr. Pollatschek (Ther. d. Gegenw. 9. H. — Medico Nr. 40). — Therapie des Säuglings- und Kindesalters von Prof. Jacobi, 3. Auflage. — Studien und Untersuchungen über Pathologie und Therapie der tuberkulösen Peritonitis von Dr. Köppen (Langenb. Arch. f. klin. Chir. 69. Bd. 4. H. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 41). — Über den Wert der Laparotomie bei tuberkulöser Peritonitis der Kinder von Dr. Schramm (Wien. med. Wochenschr. Nr. 8 u. 9). — Dürfen wir die Bauchfelltuberkulose operieren? von Dr. Pagenstecher (Deutsche Zeitschr. f. Chir. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 8). — Dr. Thönes über Bauchfelltuberkulose auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Kassel (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 40). — Zur Frage der Behandlung der tuberkulösen Peritonitis von Dr. Friedländer (Arch. f. klin. Chir. 70. Bd. 1. H. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 22). — Die Duranteschen Jodinjektionen bei der Behandlung der Peritonitis tuberculosa von Dr. Scuderi (Policl. Nr. 21. — Med. Blätter Nr. 24). — Über Tuberkulose der weiblichen Sexualorgane und des Peritoneum von Prof. Veit (Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. — Schm. Jahrb. 279. Bd. 7. H.). — Prof. Dollinger über subkutane Exstirpation der tuberkulösen Lymphdrüsen des Halses auf dem Chirurgenkongresse zu Berlin (Münch. med. Wochenschr. Nr. 25). — Über die Enderfolge der operativen Behandlung bei Coxitis tuberculosa' von Dr. Manninger (Deutsche Zeitschr. f. Chir. — Schm. Jahrb. 279. Bd. 7. H.). — Beiträge zur operativen Radikalbehandlung der Kniegelenktuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der Anwendung der Jodoformplombe nach v. Mosetig von Dr. Damianos (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 68. Bd. 1. u. 2. H. — Schm. Jahrb. 279. Bd. 8. H.). — Zur Diagnose und Therapie der Blasen-Nierentuberkulose bei der Frau von Dr. Stoeckel (Beitr. z. Klinik der Tuberk. 1. Bd, 2. H. — Schm. Jahrb. 279. Bd. 8. H.). — Zur Pathologie und Therapie der Blasentuberkulose von Prof. Casper (Deutsche med. Wochenschr. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 2. H.),

Typhus. Die Erhöhung der agglutinierenden Wirkung des Blutserums gegenüber dem Typhusbacillus über diejenige Grenze, welche gewöhnlich von nichttyphösen Seris nicht erreicht wird — 1:50 bei zweistündiger Einwirkung des Serums und mikroskopischer Beobachtung – kann nach Prof. Stern (Breslau) heute nicht mehr als sicheres Zeichen einer (bestehenden oder überstandenen) Infektion mit dem Typhusbacillus angesehen werden. Zahlreiche Untersuchungen der letzten Jahre haben ergeben, dass das Blutserum eines Organismus, der von einem bestimmten Bacillus infiziert ist, agglutinierende Wirkung nicht nur gegenüber dieser Bazillenart, sondern auch gegenüber „verwandten" Bazillen erlangt. Unter „Verwandtschaft" ist hier die Gemeinsamkeit gewisser Bestandteile des

Digitized by Google

Bakterienprotoplasmas — die man im Anschluss an Ehrlichs Theorie als Agglutinin-Rezeptoren bezeichnen kann — zu verstehen. Diese Verwandtschaft deckt sich nicht mit der bisherigen Gruppeneinteilung der Bakterien. So konnte nachgewiesen werden, dass gewisse Proteus- und Staphylokokkenstämme eine erhebliche „Mit-Agglutination" gegenüber dem Typhusbacillus hervorrufen. Hieraus ergibt sich für die Serodiagnostik die Schwierigkeit, zu entscheiden, ob die beobachtete agglutinierende Wirkung eines Serums gegenüber einem bestimmten Bacillus eine direkte (d. h. durch dieselbe Bazillenart bedingte) oder eine indirekte (d. h. durch einen im obigen Sinne verwandten Bacillus hervorgerufene) ist. Im allgemeinen agglutiniert zwar das Blutserum eines Kranken die Spezies des Infektionserregers in höherer Verdünnung, als die mit ihm „verwandten" Mikroorganismen. Indes kommen Ausnahmen vor, anscheinend besonders häufig, wenn das Agglutinationsvermögen des Serums nur ein geringes ist. Die Serodiagnostik kann demnach den Nachweis des Infektionserregers nicht vollständig ersetzen; sie spricht vielmehr nur mit Wahrscheinlichkeit für die infizierende Rolle des agglutinierten Mikroorganismus, und zwar mit einer um so höheren Wahrscheinlichkeit, je stärker das Agglutinationsvermögen des Serums ist. Für die klinische Diagnose ist daher eine annähernde quantitative Bestimmung des Agglutinationsvermögens gegenüber den in Betracht kommenden Mikroorganismen, die eventuell im Laufe der Krankheit öfters wiederholt werden muss, erforderlich. Nach diesen Erfahrungen erscheint es zweckmässig, bei Mitteilung von Agglutinationsbefunden nicht mehr von positiver oder negativer Widalscher Reaktion zu reden, sondern einfach den Tatbestand, d. h. die ungefähren Grenzwerte gegenüber den untersuchten Bakterienarten anzugeben. Der Kliniker muss die agglutinierende Wirkung des Serums als ein Symptom ansehen, das er ebenso zu verwerten hat, wie andere diagnostische Reaktionen. Auch bei der agglutinierenden Wirkung des Blutserums handelt es sich um eine Reaktion, die jedoch nicht für eine bestimmte Bakterienart, sondern für gewisse Bestandteile der Bakterienzelle charakteristisch ist.

Dr. Ficker hat ein Präparat hergestellt, welches die von bakteriologischen Laboratorien entfernt wohnenden Ärzte und kleine, in dieser Hinsicht nicht ausgerüstete Spitäler in einfachster Weise anwenden können, um die Gruber-Widalsche Serumreaktion, ohne Typhuskultur, Brütschrank und Mikroskop, sofort auszuführen. Das Präparat enthält die spezifisch agglutinablen Stoffe und stellt eine leicht getrübte, sterile Flüssigkeit dar, welche monatelang haltbar und gebrauchsfähig sein soll, wenn sie im Dunklen und Kühlen aufbewahrt und von Zeit zu Zeit geschüttelt wird. Es besitzt ferner die hervorragenden Eigenschaften, dass es während der Zeit der Beobachtung der Reaktion sich nicht spontan klärt und durch die in der üblichen Weise abgestuften Verdünnungen des zu prüfenden Serums in demselben Grade beeinflusst wird, wie die Suspension lebender Typhusbazillen. Die Reaktion tritt bei Zimmertemperatur ein und zwar in einer viel kürzeren Zeit, als bei der Laboratorienmethode, verläuft dem blossen Auge sichtbar und endet völlig eindeutig. Die Ausführung der Reaktion, vor welcher das Präparat sorgfältig geschüttelt werden muss, geschieht in der Weise, dass man zunächst das prüfende Serum auf das zehnfache mit steriler physiologischer Kochsalzlösung verdünnt und mittelst graduierter Pipette von dieser Serumverdünnung beispielsweise 0,2 und 0,1 ccm in je ein Spitzgläschen 1 und 2 überträgt. Gläschen 1 erhält dann 0,8 ccm, Gläschen 2 0,9 ccm des Diagnostikums. Ein weiteres Gläschen erhält 1 ccm Diagnostikum ohne Serumzusatz. Nach Aufsetzen von Kork- oder Gummipfropfen auf die Gläschen wird gut gemischt. Dann lässt man die Gläschen bei Zimmertemperatur vor Licht geschützt stehen. Nach 10—12—14 Stunden ist das Resultat erkennbar; länger wie 20 Stunden darf mit der Feststellung des Resultats nicht gewartet werden. Man erleichtert sich die Beobachtung des Inhaltes der Gläschen, wenn man sie vor einem schwarzen Hintergrund betrachtet oder zwischen Lichtquelle (Fenster) und Gläschen, die

Digitized by Google

man in Augenhöhe bringt, die ausgestreckte Hand in 5—10 cm Entfernung hinter die Gläschen hält. Die positive Agglutination gibt sich durch Klärung kund, wobei gleichzeitig infolge Verwendung der Spitzgläschen die Zusammenballung der agglutinablen Stoffe des Präparates besonders deutlich in die Erscheinung tritt. Die Resultate der in obiger Weise angestellten Reaktion sind nach Ficker gleichlautend mit denjenigen, die bei vergleichender Verwendung der bisherigen Methode erhalten wurden, und somit auch die Gesichtspunkte, ob Typhus vorliegt oder nicht, dieselben wie bisher.

Auf Veranlassung und im Verein mit Prof. Koch haben Dr. Drigalsky und Dr. Conradi ein Verfahren ausgearbeitet, mittelst dessen es gelingt, in der Zeit von 20—24 Stunden eine ganz zuverlässige Diagnose des Typhus zu stellen, und zwar in einem viel früheren Stadium, als es mit dem Widalschen Verfahren möglich ist. Es besteht das Verfahren in folgendem: Es werden Kulturen des Typhusbacillus aus dem Stuhle des Patienten in der Weise angelegt, dass dem betreffenden Nährboden Substanzen zugeführt werden, bei denen die Typhusbazillen möglichst gut gedeihen. Ausserdem erhält der Nährboden Zusätze, welche einen grossen Teil der Darmbakterien zurückhalten, so dass man es fast nur noch mit Bakterien der Koligruppe zu tun hat. Um nun die Koli- und Typhusbazillen zu trennen, wird die Säurebildung dieser Bakterien benützt. Die Kolibazillen bilden bekanntlich viel, die Typhusbazillen wenig Säure. Wenn man also den Nährboden in bezug auf seine Reaktion richtig abstimmt, so kann man es erreichen, dass die Typhusbazillen immer noch alkalisch bleiben, während die Kolonien der Kolibazillen schon sauer sind. Setzt man nun einem solchen Nährboden Lackmuslösung zu, so erscheinen die Typhuskolonien blau, die Kolikolonien rot. Das Verfahren hat sich bereits in mehreren Epidemien und Endemien bewährt, indem es hierdurch gelungen ist, bei Personen, wo klinisch keine Symptome von Typhus vorhanden waren, im Stuhle Typhusbazillen nachzuweisen, und mit Hilfe dieses diagnostischen Verfahrens ein methodisches Entseuchen einer endemisch von Typhus heimgesuchten Gegend durchzuführen.

Über atypische Formen von Typhus berichtet Prof. Ewald (Berlin). Zunächst weicht der Verlauf des Fiebers in der Mehrzahl der Fälle von dem seit Alters her als typisch geltenden oft erheblich ab. Gar nicht selten beginnt das Fieber, entgegen dem gewöhnlichen langsamen Anstieg, ganz plötzlich, oft sogar mit Schüttelfrost. Es tritt dann statt der Continua eine Febris hectica auf, wie bei Miliartuberkulose. Auch die Rezidive beginnen nicht selten mit plötzlichem Temperaturanstieg. Die Agglutination lässt leider sehr oft im Stich und ist namentlich in den ersten Krankheitstagen noch nicht vorhanden. Auch der Nachweis von Typhusbazillen im Stuhl ist in den ersten Tagen meist negativ. Die Diazoreaktion ist ein sehr wenig verlässliches Symptom. Nur in 27 von 56 Fällen fand Ewald sie positiv. Dieselbe geht gewöhnlich nicht parallel mit der Agglutination. Die für Typhus angeblich charakteristische Leukocytenvermehrung findet sich auch bei Sepsis und Miliartuberkulose. Die typischen erbsensuppenähnlichen Darmentleerungen vermisst man überhaupt sehr oft. Gar nicht selten beobachtet man im Beginn des Typhus sogar Verstopfung. Treten in solchen Fällen in der Verstopfungsperiode Darmblutungen auf, so kann man an Hämorrhoidalblutungen, an Diphtherie denken. Eine besondere Art von Typhen sind diejenigen, welche mit starken nervösen Exzitationstadien einhergehen. Eine besondere Besprechung verlangen noch die atypischen Exantheme. Einmal sah Ewald bläschenförmige Erosionen, die wie Pemphigus aussahen, auftreten, denen später erst eine Roseola folgte. Herpes in allen seinen Formen ist bei Typhus sehr selten, aber doch an Stelle der Roseola beobachtet. Autor ist für das exspektative Verfahren. In vielen Fällen kommt man mit der Darreichung von Salzsäure allein aus und kann selbst die Bäder entbehren. Von Antipyreticis hat Ewald nur Pyramidon und Lactophenin gegeben, am meisten ist er für kleine Chinindosen von 0,3—0,5 g mehrmals am Tage. Über die

Digitized by Google

Serumtherapie hat er keine Erfahrungen. Die Diät soll eine nahrhafte, aber reizlose, leicht verdauliche sein. Der Vorschlag mancher Neueren, von vornherein dem Typhuskranken kräftige kompakte Speisen zu geben, ist wegen seiner Gefahr entschieden zu verwerfen.

Prof. Valentin behandelte 19 Kranke mit schwerem Typhus abdominalis durch ausschliessliche Darreichung von Pyramidon, das er in Dosen von 0,2—0,4 g zweistündlich Tag und Nacht gibt, und zwar so lange, bis man annehmen darf, dass die Fieberperiode abgelaufen ist (also 3—4 Wochen). Der Temperaturabfall tritt nach den ersten Dosen nach 12 Stunden ein und es bleibt die Temperatur derartig „pyramidonisierter" Kranker entweder auf der Norm oder fast darauf. Puls und Sensorium sind günstig beeinflusst, infolgedessen ist die Pflege ungemein erleichtert. Dass das Pyramidon eine spezifische Wirkung auf den Unterleibstyphus ausübt, ist nicht anzunehmen.

Dr. Byk (Berlin) lobt auch die gute Wirkung des Pyramidon beim Typhus abdominalis. Das Mittel vermag die Temperatur günstig zu beeinflussen, ohne Intoxikations- oder Kollapserscheinungen hervorzurufen.

Nach den Erfahrungen von Dr. Bernstein und Dr. Drysdall verdient die Heidelbeere (Fructus Myrtilli) bei der Behandlung des Typhus die grösste Beachtung. In Form eines Aufgusses oder Dekokts sollen die Heidelbeeren nicht nur einen adstringierenden, sondern auch einen antiseptischen Einfluss auf den Darm ausüben, die Vernarbung der Geschwüre begünstigen und die Krankheitsdauer erheblich abkürzen. Die von Bernstein in Gemeinschaft mit Andrewes mit einem wässerigen Dekokt der getrockneten Beeren angestellten Versuche haben deren bakterizide Wirkung deutlich dargetan.

Prof. Přibram (Prag) hat sechs Fälle von Abdominaltyphus mit Darmblutungen mit Injektion von Gelatine (20 ccm 10—15%iger sterilisierter Lösungen) behandelt. Es ergaben sich folgende Resultate: Zweimal blieb die Blutung nach der Injektionen völlig aus, einmal traten einen Monat nach dem Stillstand der ersten erneute Blutungen auf. Auch diesmal war die Injektion von Erfolg begleitet. Dreimal kam es unmittelbar nach der Injektion noch zu Blutungen, die sich in dem einen Falle nicht weiter wiederholten, in dem anderen auf wiederholte Injektion sistierten, im letzten zum Exitus letalis am folgenden Tage führten. Da eine momentane Wirkung der Gelatine mit Rücksicht auf die zur Resorption notwendige Zeit nicht zu erwarten ist, sind auch der zweite und der vorletzte Fall als erfolgreich zu betrachten. Der letzte Fall kommt wegen des rasch eingetretenen Todes für die Wirksamkeit der Gelatine kaum in Betracht. Hält man diesen Erfahrungen den Verlauf der Typhusblutungen auf der Klinik aus einer der Anwendung der Gelatine vorausgehenden Periode gegenüber, so finden sich für 1900 bis 1902 folgende Resultate: Unter 16 Fällen von typhösen Enterorrhagien standen in acht Fällen die Blutungen prompt (siebenmal bei Anwendung von Unnaschen Pillul. tannic., einmal bei Injektion von Ergotin), in vier Fällen standen die Blutungen, nachdem sie sich des öfteren wiederholt, in einem Falle sogar vier Tage lang gedauert hatten (dreimal Pillul. tannic., einmal Pillul. tannic. und Ergotin), in vier Fällen wiederholten sich trotz Darreichung von Tanninpillen die Blutungen, und einen bis vier Tage später erfolgte der Exitus. Ohne aus diesen Resultaten bei der verhältnismässig geringen Zahl von Fällen mit Gelatinetherapie einen sicheren Schluss ziehen zu wollen, so scheint es doch, dass seit Anwendung der Gelatine die Blutungen an Dauer und Gefährlichkeit eingebüsst haben. Aus obigen Betrachtungen geht hervor, dass die subkutane Applikation von Gelatine sich bei Beobachtung aller zu berücksichtigenden Kautelen einerseits als unschädlich, andererseits als ein bei typhösen Darmblutungen brauchbares Hämostatikum erweist.

Dr. Graeser (Neapel) hat in einem Falle von Darmblutung bei Typhus vom Adrenalin, das er zu 30 Tropfen dreistündlich in physiologischer Kochsalzlösung nehmen liess, guten Erfolg erzielt.

Prof. Chantemesse (Paris) hat seine Serotherapie des Typhus an mehr als 500 Kranken erprobt. Die Mortalität

Digitized by Google

in den betreffenden Spitälern ist seit Anwendung der Seruminjektionen von 12% und darüber auf 4—6% herabgerückt. Die Gefahr einer Perforation, die bei der Kaltwasserbehandlung immerhin ziemlich gross ist, wird durch seine Behandlung wenn auch nicht abgewandt, so doch sehr vermindert, vorausgesetzt, dass die Injektion recht früh gemacht wird. Eine überflüssige Injektion bedeutet übrigens weder bei Gesunden noch auch bei anweitig Erkrankten irgendwelche Gefahr.

Dr. Wright glaubt, dass die von ihm ausgeführten Schutzimpfungen gegen Typhus bisher in allen Fällen eine wesentliche Verminderung der Erkrankungen und der Todesfälle herbeigeführt haben. Autor verlangt eine mehrfache Impfung, er gibt auch zu, dass anfänglich eher eine verminderte Widerstandsfähigkeit besteht: die guten Erfolge, die er statistisch nachzuweisen sucht, wurden von anderen Beobachtern meist nicht beobachtet. Soviel bekannt, hat auch die englische und die indische Regierung die zeitweilig in grossem Massstabe unternommenen Schutzimpfungen vor der Hand wieder aufgegeben.

Durch regelmässige Darreichung von 2 g Urotropin pro die konnte Dr. Fuchs das Auftreten der Typhusbakteriurie verhindern, wenn das Medikament während der Fieberperiode und vor dem Eintritt der Bakteriurie gegeben wurde. Diese Behandlung muss jedoch möglichst frühzeitig in der Fieberperiode beginnen und ohne Unterbrechung bis in die Rekonvaleszenz durchgeführt werden.

Perforationen bei Typhus kommen nach Dr. Armour viel häufiger bei Männern vor wie bei Frauen, im ganzen perforieren etwa 4—5% aller Fälle. Die dritte Woche der Erkrankung liefert die meisten Fälle der Perforation. Meist sitzt die Perforation im untersten Teile des Ileum, seltener in der Flexura sigmoidea, noch seltener im Blinddarm oder im Wurmfortsatz. Die Perforation ist gewöhnlich einzeln und klein, doch ist die Umgebung häufig sehr verdünnt. Da die Symptome der erfolgten Perforation oft recht unklar sind, so muss jede Veränderung genau beobachtet werden; von grosser Wichtigkeit ist die Zählung der Leukocyten; um aber ein klares Urteil zu gewinnen, sollte diese Zählung vom Beginn der Erkrankung an regelmässig vorgenommen werden, da nur so eine plötzliche Vermehrung der Leukocyten sofort entdeckt und richtig gewürdigt werden kann. Die einzige Behandlung besteht in der möglichst frühzeitig vorzunehmenden Laparotomie. Bei Verdacht auf Perforation mache man lieber eine vergebliche Probelaparotomie unter Lokalanästhesie; ein solcher Eingriff bringt keinen Schaden, wartet man dagegen auf Zeichen von Peritonitis, so ist ein Eingriff meist aussichtslos. Bei frühzeitiger Diagnose und Eingriff kann man auf 40—50% Erfolge rechnen.

Dr. Escher ist auch für ein chirurgisches Eingreifen bei der Perforationsperitonitis im Typhus auf Grund seiner günstigen Erfahrungen, die er mit der Kombination der Laparotomie und Drainage mit der Ileostomie gemacht hat. Verfasser fand, dass die Naht der Perforationsstelle gar nicht nötig ist, und dass der Zustand des Patienten sich sogar rascher bessert, wenn durch die Perforationsstelle sich der Darminhalt dauernd nach aussen entleert. Durch diese Hilfsmittel erreichte Verfasser, dass die den Patienten bedrohende Gefahr der Darmlähmung viel rascher beseitigt wurde, als ohne Ileostomie. Von seinen vier Patienten genasen drei, darunter ein sehr schwerer, ohne Operation sicher verlorener Fall. Escher ist daher der Ansicht, dass in allen Fällen der Perforationsperitonitis, die mit Darmlähmung kombiniert sind, nicht die Naht der Perforationsstelle oder die Resektion der erkrankten Darmpartie, sondern die Ileostomie zu machen ist, die ausserdem noch rascher als die anderen Eingriffe und unter Lokalanästhesie ausgeführt werden kann. Die Perforationsöffnung kann für die Anlegung der Fistel benützt werden, sie kann zu diesem Zwecke erweitert werden oder es kann eine beliebige andere, nicht zu hoch liegende Stelle des Ileums gewählt werden. Nur unter seltenen, in jeder Hinsicht sehr günstigen Bedingungen — Spätstadium des Typhus, guter Kräftezustand, mässige Virulenz, sehr frühe Operation, noch nicht oder wenig entwickelte Darmlähmung —

Digitized by Google

ist die primäre Darmnaht gerechtfertigt. Wenn sich eine permanente Darmfistel bildet, kann sie durch eine kleine Operation nachträglich beseitigt werden.

Ratschläge für Ärzte bei Typhus und Ruhr sind vom Kaiserlichen Gesundheitsamte in Berlin ausgearbeitet worden. Dieselben beziehen sich auf die Anzeige des Krankheitsfalles, auf das Verhalten in verdächtigen Fällen, auf die Belehrung der Umgebung des Kranken, Ermittelung weiterer Fälle, Feststellung der Diagnose, Versendung des Untersuchungsmaterials und auf die Desinfektion.

Über den Wert der Agglutination für die Diagnose des Abdominaltyphus von Prof. Stern (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 31. — Med. Blätter Nr. 33). Über ein Typhusdiagnostikum von Dr. Ficker (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 45. — Med. Blätter Nr. 47). — Die schnelle bakteriologische Diagnose des Typhus von Prof. Koch, Dr. Drigalsky und Dr. Conradi (Med. Blätter Nr. 7). — Prof. Ewald über atypische Typhen in der Berliner medizinischen Gesellschaft (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 3). — Über die systematische antifebrile Behandlung des Unterleibstyphus mit Pyramidon von Prof. Valentini (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 16. — Schm. Jahrb. 278. Bd. 6. H.). — Über die Anwendung des Pyramidons bei Typhus abdominalis von Dr. Byk (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 31) — Die Behandlung des Typhus mit Heidelbeere von DDr. Bernstein u. Drysdall (Chem. and Drugg. Nr. 1203. — Ther. Monatsh. 5. H.). — Über die hämostatische Wirkung der Gelatineinjektionen bei Typhus abdominalis von Prof. Pfibram (Prag. med. Wochenschr. Nr. 20. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 6. H.). — Adrenalin gegen Darmblutung bei Typhus von Dr. Graeser (Münch. med. Wochenschr. Nr. 30). — Prof. Chantemesse über Serotherapie des Typhus auf dem ägyptischen Kongress für innere Medizin in Kairo (Münch. med. Wochenschr. Nr. 2). — Über die Schutzwirkung der Impfung gegen Abdominaltyphus von Dr Wright (Lancet. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 51). — Über die prophylaktische Wirksamkeit des Urotropins bei Typhusbakteriurie von Dr. Fuchs (Deutsches Arch. f. klin. Med. 76. Bd. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 28). — Die chirurgische Behandlung des perforierten Typhusgeschwürs von Dr. Armour (Lancet. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 51). — Die Behandlung der akuten Perforationsperitonitis im Typhus mittelst Laparotomie und Ileostomie von Dr. Escher (Mitteil. a. d. Grenzgeb. 11. Bd. 1. H. — Centralbl. f. d. ges. Ther. 4. H.). — Ratschläge für Ärzte bei Typhus und Ruhr vom kaiserlichen Gesundheitsamt zu Berlin (Russ. med. Rundschau Nr. 9).

U.

Ulcus cruris. Entsprechend der differenten Abstammung des Unterschenkelgeschwüres ist nach Dr. Jessner die Behandlung in eine allgemeinere und örtlichere zu gliedern. Die Allgemeinbehandlung hat den eventuellen konstitutionellen Grundprozess gleichwie die äusseren schädigenden Einwirkungen zum Angriffspunkte. (Regelung der Lebensverhältnisse, des Berufs etc.) Die ärztliche Behandlung hat sich gegen die Stauung und den Ulzerationsvorgang zu richten. Diesen Indikationen genügt am besten der von Unna angegebene Zinkleimverband. Nach dem Reinigen des Unterschenkels mit Seife, Benzin und schwachen Antisepticis und Applikation des die rascheste Reinigung und Überhäutung sichernden Medikamentes (Jodoform, Jodoformogen, Jodeigon, Ichthoform, Jodtinktur, Airol, Xeroform, Dermatol etc.) erfolgt die Versorgung der Geschwürsumgebung. Ist die letztere, wie gewöhnlich, ödematös, so ist eine Zinkpastenüberstreichung (mit Ichthyol oder Tumenolzusatz) von Nutzen. Nässt die Haut in stärkerem Masse, so sind Streupulver von:

Xeroform		3,0
Talc. venet.		
Amyl.	āā	15,0

oder Wismut-Mullbinden anzuwenden. Austrocknend wirkt auch zuweilen eine Tannoformpaste:

Tannoform		5,0
Zinc. oxyd.		
Amyl.	āā	10,0
Vaselin		25,0.

Die Einleimung wird mit Zinkleim:

Zinc. oxyd.	50,0
Gelatin. alb.	20,0
Glycerin	25,0
Aqu. dest.	75,0

vorgenommen, der im Wasserbade zu verflüssigen ist. Mittelst weicher Pinsel wird die Masse über den in der vor-

Digitized by Google

erwähnten Weise präparierten Unterschenkel verbreitet, wobei die Zehen freigelassen werden und die Ferse noch in das Überstreichungsgebiet fällt. Der Leimaufpinselung folgt dann sofort die Einwickelung. Zu dieser wird eine steife Gazebinde und eine Trikotschlauchbinde empfohlen. Zuerst wird direkt auf die eingeleimte Haut die Gazebinde gelegt, welche unmittelbar vor dem Gebrauche durch Eintauchen in Wasser tüchtig durchfeuchtet und dann ausgedrückt wird. Das Fussgelenk ist vor der Einwickelung zu polstern, um es gegen Druck zu schützen. Die Binde wird dann in üblicher Weise von dem Fusse bis über die Wade umgerollt, wobei das Fussgelenk unter Einschluss der Ferse wiederholt umkreist wird. Gleich darauf wird die elastische Trikotbinde umgerollt, diese ist möglichst straff anzuziehen. Die Einleimung wird selbstredend mit Umgehung der Geschwürsfläche vorgenommen. Die Dauer des Liegenlleibens eines Verbandes hängt von der Beschaffenheit des Ulcus, von subjektiven Beschwerden und auch vom Zustande der Geschwürsumgebung ab. Bei mässiger Absonderung, geringen Schmerzen und geringen ekzematösen Reizerscheinungen können die Verbände bis zu einer Woche liegen bleiben. Nach Ausheilung der Geschwüre sind stets noch Schutzverbände (Trikotschlauchbinde, Flanell) anzulegen, wozu sich am besten elastische Bandagen eignen, die das Anbringen von Renversés ersparen. Bei ihrer geringen Porosität sind hierfür Gummibinden nicht empfehlenswert. Als Kontraindikationen des Leimverbandes sind entzündliche Prozesse der Haut, wie: Erysipel, Phlebitis, Lymphangitis, wie auch zu ausgebreitete und stark nässende Ekzeme zu betrachten. Wo man mit diesem konservativen Verfahren nicht sein Auskommen findet, haben die chirurgischen Behelfe, die Unterbindung der Vena saphena, die Zirkumzision, die Transplantation etc. herangezogen zu werden. Die Unterbindung der Vene muss immerhin als ein nicht ganz gefahrloses Verfahren (Loslösung von Thromben, Embolie) hingestellt werden und sichert auch keineswegs stets radikale, beständige Erfolge.

Dr. Marcowics (Budapest) hat das Protargol bei Unterschenkelgeschwüren geprüft. Er bediente sich eines 10%igen Protargolglyzerin-Gemisches oder einer Pasta, die neben 10—15% Protargol als Constituens Magnes. carbon. 15% enthält. Die an Grösse und Ausdehnung verschiedenen Geschwüre gingen bei dieser Behandlung rasch in Heilung über.

Dr. Diehl (Berneck) empfiehlt bei einfachen Fussgeschwüren Priessnitzsche Umschläge und komprimierende Einwickelung mit elastischen Binden, bei starker Infiltration in der Umgebung grössere Blutentziehungen an den Varicen, die eventuell mehrmals zu wiederholen sind. Stiess die vollständige Epidermisierung auf Schwierigkeiten, sah er öfters von der Anwendung blauen elektrischen Bogenlichtes gute Erfolge. Bei atrophischen Zuständen mit glänzender, transparenter Haut bewährte sich ihm, abgesehen von Massage und heissen Duschen, die Bestrahlung mit rotem elektrischen Bogenlichte.

Dr. Meschtschersky wandte Kalomelinjektionen bei einem sieben Jahre alten varikösen Unterschenkelgeschwür an, welches durch keine andere Behandlung zum Verheilen zu bringen war. Auf diesen Gedanken brachten ihn klinische Beobachtungen hinsichtlich des günstigen Einflusses des Kalomels auf das Wachstum von Granulationen und der Epidermiszellen. Lokal wurde feste Bandagierung der Extremität von den Zehen bis zum Knie und Auflegen von warmen Kompressen aus 3%iger Borsäurelösung auf das Geschwür angewendet. Nach vier Kalomelinjektionen (mit wöchentlichen Zwischenräumen) à 0,05 vernarbte das Geschwür, so dass man sofort zur Massage schreiten konnte, welche das Ödem und die Verdickung der Haut des Unterschenkels bald beseitigte. Dieser Erfolg veranlasst den Autor, die beschriebene Behandlungsmethode auf das angelegentlichste zu empfehlen.

Die ambulante Behandlung der Unterschenkelgeschwüre von Dr. Jessner (Derm. Vortr. f. prakt. Ärzte 7. H. — Med. Blätter Nr. 24). — Das Protargol in der Therapie der Unterschenkelgeschwüre von Dr. Markovics (Med. Blätter Nr. 13. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 20). — Unterschenkelgeschwüre. Priessnitz, Aderlass, Lichtbehandlung von Dr. Diehl (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther.

Digitized by Google

7. Bd. 7. H. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 44). — Kalomelinjektionen bei der Behandlung von Unterschenkelgeschwüren von Dr. Meschtschersky (Med. Obosr. Nr. 1. — Russ. med. Rundschau Nr. 6).

Ulcus molle. In der Prof. Neumannschen Klinik in Wien wurden, wie Dr. Brandweiner berichtet, mittelst Kältebehandlung bei venerischen Geschwüren sehr günstige Erfolge erzielt. Zur Erzeugung der Kälte wurden Chloräthyl und Metäthyl verwandt. Bei der Applikation entsteht eine Temperatur von etwa — 25°; praktisch wichtig ist die Entstehung eines rein weissen Schnees. Das Geschwür wird zunächst so gut wie möglich mechanisch gereinigt und trocken getupft und dann aus etwa 20 cm Entfernung mit dem Kältemittel in der üblichen Weise bespritzt (zur rascheren Verdunstung wird noch während des Aufgiessens mittelst eines Gebläses aus einer mit feiner Öffnung versehenen Glasröhre aus einer Entfernung von 3—5 cm kräftig und kontinuierlich Luft zugeblasen). Nach kurzer Zeit (3—5 Minuten) entsteht ein weisslicher Schnee auf der Geschwürsoberfläche. Während der Vereisung wird das Geschwür anfangs anämisch, das Geschwür und seine Umgebung fühlen sich hart an; beim Auftauen entsteht eine starke Hyperämie und Blutung von kurzer Dauer, sowie ein bis zu zwei Stunden dauernder brennender Schmerz. Die Prozedur wird bei ambulanter Behandlung täglich einmal, bei klinischer 2—3 mal vorgenommen. Nach der Vereisung wird Jodoform aufgestreut und ein Verband angelegt. Danach (zuweilen nach einer, meist nach 3—4 Vereisungen) tritt sehr schnelle Reinigung des Geschwürs ein und nach 3—4 Tagen ist es in eine rein granulierende Wunde verwandelt.

Die Behandlung des venerischen Geschwürs mit Kälte von Dr. Brandweiner (Wien. klin. Wochenschr. — Schm. Jahrb. 277. Bd. 1. H.).

Urosin. Weiss empfahl bekanntlich das Urosin (chinasaures Lithium) als ausgezeichnetes Antiarthritikum sowohl bei der typischen, wie bei der atypischen Gicht, als auch in den Fällen von sonstigen Harnsäureanhäufungen. Bei der Anwendung desselben liefen die Anfälle rascher ab, die Intensität und die Dauer des Schmerzes und der Anschwellung waren wesentlich geringer und auch die Beweglichkeit der Gelenke stellte sich viel rascher ein. Entsprechende Erfolge erzielte er auch mit dem Urosin bei chronischer Gicht sowie auch bei Bleigicht. Seinen Erfahrungen gemäss erwies sich das Urosin auch als Prophylaktikum, indem es bei solchen Kranken, die früher jeden Sommer langdauernden und heftigen Anfällen ausgesetzt waren, bei 4—5 Wochen anhaltendem prophylaktischen Gebrauch die Entstehung der Anfälle verhinderte. Auf Grund seiner mit dem Urosin erzielten Erfahrungen gibt Weiss der Überzeugung Ausdruck, dass wir im Urosin ein Präparat besitzen, das bei der Harnsäurediathese als Spezifikum einen gleichen Platz einzunehmen berufen ist, wie die Salizylate bei der Polyarthritis und die Chininsalze bei der Malaria. Dr. v. Láng konnte sich von der günstigen Wirkung dieses Mittels in einem Falle von Gicht überzeugen. Er wandte die Urosin-Tabletten an, von denen 6—10 pro die genommen werden.

Über Urosin von Dr. v. Láng (Klin. ther. Wochenschr. Nr. 9. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 26).

Uterusdeviationen. Die Retroflexion des normalen Uterus bedarf nach Dr. Graefe (Halle a. S.) überhaupt keiner Behandlung. Dagegen ist die in der Regel bestehende Chlorose und Hystero-Neurasthenie zum Gegenstande der Therapie zu machen. Nur wenn sich bei der Kranken die Idee festgesetzt hat, dass nur die Beseitigung ihrer „Knickung" ihre Beschwerden heben könne, soll gegen diese vorgegangen werden, und zwar durch die Alexander-Adamssche Operation. Bei Sterilität einer an Retroflexion des sonst normalen Uterus leidenden Frau kann diese durch Beseitigung der Lageveränderung zu heben versucht werden, ebenso bei Verwachsungen und Fixation des retroflektierten Uterus. Nicht jede Retroflexio uteri gravidi bedingt nach Graefe eine Behandlung. Nur bei Inkarzerationserscheinungen, bei Unmöglich-

Digitized by Google

keit dauernder Beobachtung oder erfahrungsgemässer Neigung zum Abortieren ist Reposition und Pessarbehandlung erforderlich. Bei Fixation des schwangeren Uterus ist nach erfolglosen wiederholten Repositionsversuchen und nach erfolgloser Kolpeurynterbehandlung der Bauchschnitt zum Zwecke der Lösung der Adhäsionen und Reposition des Uterus gerechtfertigt. Ein vergrösserter, hyperämischer, druckempfindlicher, retroflektierter Uterus darf sich nicht selbst überlassen bleiben; er muss reponiert und durch Pessar oder Operation anteflektiert fixiert werden. Dies ist auch dann angezeigt, wenn das eine oder wenn beide Ovarien gleichzeitig mit dem Fundus uteri deszendiert sind. Die komplizierende Metritis und Endometritis bedürfen selbstverständlich einer gleichzeitigen Behandlung.

Dr. Bardescu hat die neue von Doléris angegebene Methode zur Suspendierung des Uterus mittelst der runden Bänder mit gutem Erfolge angewendet. Das Wesentliche besteht darin, dass in der unteren Hälfte der Laparotomiewunde zwei schief verlaufende Kanäle mit dem Bistouri durch Muskeln und Peritoneum gestochen werden, durch die je eine Schlinge der runden Mutterbänder gezogen und hier durch Nähte fixiert wird, nachdem der Uterus genügend hoch gezogen ist. Die Bauchwand wird hierauf genäht, die erwähnten Schlingen werden über ihr durch Knopfnähte miteinander vereinigt und darüber wird die Hautwunde geschlossen. Die Blase wird durch eine Cystopexis abdominalis extraperitonealis fixiert.

Dr. Menge (Leipzig) empfiehlt für ausgedehnten Genitalprolaps sein neues Keulenpessar. Dasselbe besteht aus dem Ring und keulenförmigen Stiel, der abnehmbar ist und erst nach Einführung und Querstellung des Ringes mittelst Bajonettverschluss an dem Ring befestigt wird. Mit diesem Pessar hat Menge bisher niemals einen Misserfolg erlebt. Zu haben bei A. Schädel in Leipzig.

Wann bedarf eine Retroflexio uteri der Behandlung? von Dr. Graefe (Samml. zwangl. Abh. 5. Bd. 2. H. — Schm. Jahrb. 280. Bd. 11. H.). — Neuer Vorgang zur Suspendierung des Uterus mittelst der runden Bänder von Dr. Bardescu (Spital. Nr. 4 u. 5. — Schm. Jahrb. 279. Bd. 8. H.). — Ein neues Pessarium zur Behandlung grosser inoperabler Genitalprolapse von Dr. Menge (Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15).

V.

Vaginale Injektionen. Prof. Lucas-Championnière protestiert gegen die allzu häufige Anwendung der vaginalen Injektionen. Besonders wird so gerne ein septischer Charakter des einfachen Fluor albus behauptet, meist beruhe derselbe nur auf einem Zustande der Kongestion der Gebärmutter, daher so häufig vor und nach den Menses, und verschwinde auch wieder spontan, wenn die Ursache der Kongestion nicht mehr vorhanden sei. Die Kongestion spielt auch die Hauptrolle beim Fluor albus während der Schwangerschaft und kann natürlich durch Injektionen nicht beseitigt werden. Nach der Entbindung können Verletzungen an der Cervix usw. entstanden sein; hier hält Championnière es für das beste, die Reinigung mit einer geringen Menge eines wirksamen Antiseptikums vorzunehmen, und zwar wählt er hierzu stets nur sehr konzentrierte Karbollösung (Acid. carbol. concentr., Glyzerin āā 50,0 auf 1 Liter Wasser). Auch in der Gynäkologie gaben die Injektionen, weit entfernt, unschädlich zu sein, Gelegenheit, in die inneren Geschlechtsorgane septische Massen einzuführen, und andererseits kann die Wahl der Injektionsmittel nicht nur keine nützliche, sondern vielmehr eine schädliche Wirkung haben. Championnière könnte von zahllosen Fällen berichten, wo er die Frauen von Erkrankungen oft sehr schwerer Art befreit hat, und zwar einfach dadurch, dass er die ihnen verordneten Injektionen verbot. Ganz zu verwerfen sind die Injektionen,

Digitized by Google

welche nur aus hygienischen Gründen verordnet werden und welche, wie Champonnière glaubt, die allerhäufigste Ursache der Sterilität (und der Entvölkerung Frankreichs) sind: die einfachste und scheinbar unschädlichste Injektion ist ein gewichtiges Hindernis der Befruchtung und, wenn sich dieselbe trotzdem einstellt, so verursacht sie häufig und frühzeitig Abortus. Nur, um einen therapeutischen Effekt zu erzielen, also bei vorhandenen Krankheitszuständen, sollten die Injektionen verordnet werden. Wenn der einfache Fluor albus sehr abundant, übelriechend wird, so hält Champonnière die einfach alkalinischen Injektionen für viel besser wie alle Antiseptika, da sie die oft sehr saure Absonderung der Vaginalschleimhaut neutralisieren und auch die Befruchtung viel mehr begünstigen, als verhindern. Abgekochtes Wasser, 10 g Na bicarbon. oder auch Na carbon. enthaltend, ist ein wirksames Mittel; ist die Vaginalschleimhaut geschwellt, gerötet, so kann man ein leichtes Adstringens wählen: Kamillen-, Eichenrinden- oder Eichenblätterabkochung, auch Tannin, für sich (1—3 g pro Liter) oder mit Na. borac. (Tannin 3,0, Na. borac. 10,0 auf 1 Liter Wasser). Im allgemeinen sind diese Adstringentien viel wirksamer als die schwachen Antiseptika, wie 0,1—0,2%iges Kaliumpermanganat usw.; die Quecksilbersalze und besonders das Sublimat verwirft Champonnière vollständig. Von hoher Wichtigkeit ist auch die Temperatur der Injektionen, welche gerade die des Körpers sein sollte; Champonnière erlebte, dass zu heisse Ausspülungen sehr schmerzhafte Zufälle bewirkten und manchen Frauen schlimme Folgezustände brachten. Kurz, Verfasser ist der Ansicht, dass man bezüglich des Mittels, des anzuwendenden Drucks, der Temperatur, der Wiederholung der Injektionen viel mehr Sorgfalt walten lassen müsse, als es nun allgemein der Fall sei. Für die wirklich septischen Affektionen der Gebärmutter ist direktes Eingreifen des Arztes notwendig; die Injektionen leiten nur von einer zweckdienlichen Therapie ab, täuschen eine solche vor und verzögern oder verhindern eine wirksame Behandlung.

Die vaginalen Injektionen in der Geburtshilfe, Gynäkologie und zu hygienischen Zwecken von Prof. Lucas-Championnière (Presse méd. Nr. 42. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 34).

Varicen. Prof. Bennett (London) glaubt, dass die Mehrzahl der Varicen der unteren Extremitäten angeboren ist; auch die sogenannten erworbenen entstehen meist dadurch, dass übermässige Anstrengungen vor der Pubertät auf schwach angelegte Venen wirken. In England kommt besonders die übermässige athletische Ausbildung der Schulkinder in Frage. Die Behandlung ist die folgende: Varicen, die keine Beschwerden machen, lasse man in Ruhe; stets sind Darmverstopfungen zu beseitigen, auch zu heisse oder zu kalte Bäder sind schädlich, mässige Körperbewegung wird empfohlen. Bei Varicen von noch im Wachstum begriffenen Personen, die sich rasch vergrössern, ist Massage das beste und in vielen Fällen vollkommenes Heilmittel. Die Massage wird am besten verbunden mit Einreibungen des befallenen Gliedes mit Alkohol, auch elektrische Bäder sind nützlich. Niemals sollte eine Massagebehandlung kürzere Zeit wie drei Monate dauern. Bei Erwachsenen bringt die Massage meist nur vorübergehende Besserung. Sehr zu warnen ist vor der Verordnung von Strümpfen und Binden in jedem Falle; dieselben sind nur angezeigt, wenn Beschwerden vorhanden sind. (Bestehen keine Beschwerden, so lasse man wie gesagt das Glied in Ruhe, da Binden und Strümpfe oft die Varicen verschlimmern.) Ein gut angelegter Strumpf muss die Beschwerden beseitigen und darf keine kalten Füsse erzeugen; tut er dies nicht, so muss man ihn entfernen. Am besten sind Crêpebinden; undurchlässige Gummibinden sind ganz zu vermeiden, durchlöcherte stets über einem dünnen Strumpf zu tragen. Was die operative Behandlung anlangt, wendet er die hohe Unterbindung der Vena saphena an, unterbindet sie noch einmal dicht unterhalb des Knies, in sehr schweren Fällen entfernt er die Saphena von der Leiste bis zum Knie, die Venen des Beines entfernt er nie. In jedem Falle muss der Operation ein dreiwöchentliches Stilleliegen und ein zweimonatliches Enthalten von schwererer

Digitized by Google

Arbeit folgen. Die Varicen an der Aussenseite des Oberschenkels sollten nur dann exzidiert werden, wenn sie frei mit den V. saphenae kommunizieren.

Dr. Fränkel stellt folgende Sätze über die Krampfaderbehandlung auf: 1. In den weitaus meisten Fällen bedürfen die Kranken mit Krampfaderbildung an den Beinen keiner besonderen Behandlung, oder man kommt mit palliativen Hilfsmitteln (zentripetalen Bindeneinwickelungen usw.) aus. 2. Es gibt andererseits Fälle schwerer Krampfadererkrankung, in denen eine Operation unbedingt geboten ist. Die Indikation zu operativem Vorgehen kann insbesondere aus folgenden Gründen gegeben sein: a) durch sehr beträchtliche, von den Krampfadern direkt bedingte Beschwerden (heftige neuralgieartige Schmerzen, häufige Wadenkrämpfe, Anschwellung des Beines); b) durch Blutungen aus einem geplatzten Krampfaderknoten oder stete Gefahr einer solchen Blutung (bei strotzend gefüllten Varixknoten mit sehr dünner Hautbedeckung); c) durch hartnäckige Ekzeme und Ulzerationen, die einer lokalen Therapie widerstehen. 3. Als zweckmässigste Operation erscheint die möglichst radikale Ausschälung der erkrankten Venengeflechte mit Exzision der V. saphena magna am Oberschenkel bis dicht unterhalb der Fossa ovalis. 4. Nur dann, wenn eine derartig eingreifende Operation bezw. eine Narbe mit Rücksicht auf den Allgemeinzustand oder das Alter des Kranken nicht gerechtfertigt erscheint, jedoch aus den oben genannten Gründen eine Operation angezeigt ist, soll der dauernde Verschluss der V. saphena magna im Sinne Trendelenburgs vorgenommen werden; es wird hierbei ein ca. 10 cm grosses Stück der Vene dicht unterhalb ihrer Einmündung in die V. femoralis reseziert.

Dr. Becker (Rostock) konnte bei 52 Patienten durch Nachuntersuchungen, die zum Teil nach Ablauf von 10 Jahren vorgenommen wurden, die Dauererfolge nach den Varixoperationen feststellen. Dabei ergab das Trendelenburgsche Verfahren in 56%, das Madelungsche Verfahren in 88% der Fälle ein gutes Resultat. Während durch die einfache Ligatur, bezw. Resektion des Saphenastammes nach Trendelenburg sehr wohl in vielen Fällen insofern ein gutes Resultat erzielt werden kann, als die subjektiven Beschwerden der an Varicen leidenden Patienten dadurch beseitigt oder doch wesentlich gebessert werden, ist ein Dauererfolg nur bei dem radikaleren Vorgehen nach Madelung, der totalen Exstirpation des Saphenastammes und dem ganzen peripherischen Stromgebiete am Ober- und Unterschenkel, zu erwarten.

Die Varicen der unteren Extremitäten von Prof. Bennett (Lancet. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 8). — Über die Behandlung der Varicen der unteren Extremität durch Ausschälung nach Madelung von Dr. Fränkel (Beitr. z. klin. Chir. 36. Bd. 3. H. — Schm. Jahrb. 278. Bd. 4. H.). — Dr. Becker über die operative Behandlung der Varicen an den unteren Extremitäten im Rostocker Ärzteverein (Münch. med. Wochenschr. Nr. 20).

Variola. Dr. Bernstein (Bosnisch-Krupa) bekam während der letzten grösseren Blatternepidemie im Bezirke Travnik in Bosnien einige Kranken mit schön ausgebildeten Pusteln im Stadium der Suppuration in Behandlung, die in der Kindheit die Blattern gehabt hatten. Dadurch im Glauben an die vollständige Immunität nach Blattern erschüttert, fing Verfasser an, während der Durchführung der gemeindeweisen Schutzimpfung auch die mit Blatternarben versehenen Kinder und Erwachsenen zu revaccinieren, und der Erfolg bestätigte seine Vermutung, dass die Bestehung der Blattern keine vollständige Immunität bietet. Die letzte dauert doppelt so lange, wie die nach der gewöhnlichen Impfung, d. h. 15 Jahre, wenn die Immunität nach der Impfung durchschnittlich nur mit sieben Jahren berechnet wird. Verfasser hat im Jahre 1902 während der Durchführung der gemeindeweisen Schutzimpfung im Bezirke Travnik 64 Personen mit sichtbaren Blatternarben am Gesichte im Alter von 14—40 Jahren wiedergeimpft, und bei allen diesen Revaccinierten bildeten sich vier schön ausgebildete Pusteln, die denselben Verlauf wie bei Vaccinierten zeigten. Bei der Durchführung derselben Impfung im Bezirke Krupa (Bosnien) hat Verfasser wieder 30 Personen, die sicht-

Digitized by Google

bare Narben im Gesichte und Körper aufwiesen, geimpft, und bei 19 von denselben fand er vier schön ausgebildete Pusteln. Gestützt auf diese Resultate kommt Verfasser zu der Überzeugung, dass die Bestehung der Blattern keine vollständige Immunität bietet und dass es unbedingt notwendig erscheint, Personen, die früher die Blattern überstanden haben, nach 15 Jahren nochmals der Impfung zu unterziehen.

Dr. Ridge (Enfield) hat bei Pockenkranken die Haut mit einer Lösung von Guajakol in Olivenöl (1 : 80) eingerieben. Diese Behandlung war zunächst subjektiv wohltuend, da das brennende Gefühl schwand; ferner setzte sie die Temperatur herab und schien dem Delirium vorzubeugen; die Pusteln trockneten schnell ein und kamen fast gar nicht zur Eiterung. Der ganze Verlauf der Krankheit war überhaupt im allgemeinen leicht und schnell. Von 102 so behandelten Pockenkranken, darunter 85 Erwachsene, starben im ganzen nur neun; davon waren fünf nicht geimpft. Wegen ihrer Einfachheit empfiehlt sich diese Behandlung jedenfalls zur Nachahmung. Sonst wurde innerlich nur eine Salzsäuremixtur gegeben.

Dr. Kolbasenko, der vor einigen Jahren die Behandlung der Pockenpusteln mit Ichthyol-Vaselin (1 : 5) empfahl, benutzt jetzt das billigere und eine solidere Schutzdecke abgebende Thiol zu diesem Zwecke.

Die Rotlichtbehandlung der Pokken hat Prof. Naunyn (Strassburg) während der letzten Epidemie (Frühjahr 1903) mit gutem Erfolge durchgeführt. Die Eiterung der Pusteln und das Eiterfieber blieben aus. Die Behandlung geschah derart, dass die Fenster und Türen bis an die Erde reichende rote Vorhänge bekamen, welche nie zurückgezogen wurden, aber sonst nicht fest geschlossen waren, also gelegentlich, z. B. auch bei geöffnetem Fenster einen weissen Strahl durchliessen. Der rote Stoff war ein Kattungewebe, welches im Spektrum nur die roten Strahlen bis ins Gelbe hinein durchliess.

Dr. Couche hat die Bierhefe und Levuretin bei Blattern verwendet. Nach Gebrauch derselben treten ein: 1. Die Herabsetzung der Temperatur, 2. Behinderung der Entwickelung der Pusteln, die klein bleiben, 3. rasches Vertrocknen derselben, 4. nur geringes Fieber während der gefährlichen Eiterungsperiode, 5. geringe Folgen der Krankheit, kein Nachkommen von Furunkeln, 6. die Variolanarben werden weniger tief. Bei fünf Varioloiskranken, die mit Bierhefe behandelt wurden, war das Fieber im Eruptionsstadium gering, die Eruption beschränkt, und die Eintrocknung der Pusteln hat sehr rasch stattgefunden. Diese Beobachtungen regen die Frage an, ob nicht bei Ausbruch einer Blatternepidemie indiziert ist, mit der Bierhefemedikation präventiv vorzugehen.

Über Immunität nach Bestehung der Blattern und über die Notwendigkeit der Durchführung der Revaccination von Dr. Bernstein (Wien. med. Presse Nr. 36. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 47.) — Guajakol in der Behandlung der Pocken von Dr. Ridge (Brit. med. Journ. — Ther. Monatsh. 8. H.). — Thiolum liquidum bei der Behandlung von Pocken von Dr. Kolbasenko (Prakt. Wratsch Nr. 7. — Russ. med. Rundschau Nr. 5). — Die Rotlichtbehandlung der Pocken von Prof. Naunyn (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 39). — Bierhefe bei Variola von Dr. Couche (Lyon med. Nr. 41. — Med. Blätter Nr. 17).

Verletzungen. Über die Stich- und Schussverletzungen des Thorax handelt ein Aufsatz von Dr. Borszéky (Budapest). Nicht penetrierende Stichwunden können durch Fortpflanzen einer Eiterung nach der Tiefe oder durch Gefässverletzung (Subclavia, mammaria int., intercostalis, thoracia longa) gefährlich werden. Die Behandlung ist folgende: Reinigung der Umgebung der Wunde; sorgfältige Blutstillung, wenn nötig nach Erweiterung der Wunde; Ausspülen des Stichkanals mit 3%iger Bor- oder 1‰iger Sublimatlösung zur Entfernung von Verunreinigung; frische Wunden werden genäht. Die nicht penetrierenden Schussverletzungen sind weniger bedeutend, als die Stichverletzungen. Die Kugel wird entfernt, wenn sie irgend welche Störung macht oder wenn sie durch einen kleinen Eingriff entfernt werden kann. Sie soll immer durch direktes Eingehen auf sie, nie durch den Schusskanal entfernt wer-

Digitized by Google

den. Wenn bei penetrierenden Wunden nur die Pleura parietalis verletzt ist, so wachsen die Pleurablätter nicht zusammen und bei stattgehabter Infektion entsteht kein abgekapseltes, sondern ein diffuses Exsudat; das Hervortretendste im klinischen Bild ist aber der Pneumothorax, der jedoch nicht viel Belang hat. Auf Lungenverletzung lässt nur eintretende Hämoptoë schliessen; sie ist auch das beständigste Symptom. Hautemphysem kommt auch vor, wenn nur die Pleura parietalis verletzt ist, andererseits kann es bei Lungenverletzung auch fehlen. Verletzung der grossen Gefässe der Brusthöhle führt in einigen Minuten zum Tode. Isolierte Verletzung des Herzbeutels ohne solche des Herzens kommt vor; ist Perikard und Pleura zugleich verletzt, so kann ein Pneumoperikardium entstehen. Für die Diagnose einer Verletzung des Herzens sind folgende lokale Erscheinungen wichtig: Der Puls pflegt rasch, arythmisch, klein zu sein. Der Herzspitzenstoss ist nicht zu fühlen oder abgeschwächt, je nach der Menge des in den Herzbeutel ergossenen Blutes. Die Herztöne zeigen oft keine Veränderung, manchmal sind sie abgeschwächt oder gar nicht zu hören. Sind die Klappen verletzt, so treten mannigfache Geräusche auf. Bei grösserer Blutung bildet sich ein Hämoperikard; die Blutung kann allerdings auch aus der Verletzung des Perikard stammen. Für Herzverletzungen charakteristisch soll eine dem N. ulnaris entlang auftretende Parästhesie sein, die aus der Verletzung des Plexus cardiacus abgeleitet wird. Zur Sicherung der Diagnose einer Herzverletzung dient die Sondierung, Fingeruntersuchung oder Freilegung des Herzens. Penetrierende Thoraxwunden werden genäht, damit keine Spätinfektion möglich wird und der Pneumothorax nicht wächst. Den Pneumothorax lässt man in Ruhe; nur wenn er sehr schnell wächst, die Lunge komprimiert oder das Herz verdrängt, punktiert man ihn. Bei penetrierenden Schussverletzungen wird nach Reinigen der Umgebung der Wunde ein Deckverband angelegt. Selbst profuse Lungenblutungen werden exspektativ behandelt. Hämatothorax wird nach zwei bis drei Wochen punktiert, doch entleere man nicht mehr als 500—600 ccm auf einmal. Ein frischer Lungenvorfall durch die Wunde wird gereinigt und reponiert; besteht aber Strangulation oder Nekrose, so wird das prolabierte Stück abgebunden und abgetragen. Auch bei penetrierenden Schüssen soll man die Kugel entfernen, wenn sie leicht zu erreichen ist. Frische Perikardverletzungen sind exspektativ zu behandeln. Bei Herzkompression durch Hämoperikard muss operativ vorgegangen werden. Auch Herzverletzungen werden operativ behandelt.

Gegen Verletzungen durch Insektenstiche empfiehlt Prof. Rosenbach (Berlin) 2%ige Karbolvaseline.

Stich- und Schussverletzungen des Thorax von Dr. Borszéky (Beitr. z. klin Chir. 40. Bd. 1. H. — Ther. d. Gegenw. 12. H.). — Karbolvaseline gegen Verletzungen durch Insektenstiche von Prof. Rosenbach (Ther. Monatsh 11. H.).

Veronal. Veronal ist Diäthylmalonylharnstoff. Prof. Fischer und Prof. v. Mering (Halle) untersuchten äthylhaltige Harnstoffderivate auf ihren hypnotischen Effekt. Unter zahlreichen dargestellten Verbindungen treten der Diäthylacetylharnstoff, der Diäthylmalonylharnstoff und der Dipropylharnstoff besonders hervor. Dieselben wurden am Menschen geprüft und es ergab sich, dass der erstere an hypnotischer Kraft dem Sulfonal ungefähr gleichsteht, der dritte dieses etwa viermal übertrifft, jedoch oft eine auffallend lange Nachwirkung hat. In der Mitte steht die von den Autoren Veronal genannte Verbindung, welche also immer noch an Wirkung alle bisher gebräuchlichen Schlafmittel bedeutend überragt. Das Veronal, dargestellt von E. Merck in Darmstadt, ist eine farblose, schön kristallisierende Substanz von schwach bitterem Geschmack, welche sich in 12 Teilen kochendem und 145 Teilen 20grädigem Wasser löst. Bei einfacher Schlaflosigkeit genügen in der Regel 0,3—0,5, bei stärkeren Erregungszuständen 1,0. Mehr sollte nicht gegeben werden. Am besten wird das Mittel in einer Tasse warmen Tees gelöst oder auch in Pulvern ordiniert. Unangenehme

Digitized by Google

Nebenwirkungen haben sich nie gezeigt.

Das Veronal ist nach Dr. Lilienfeld (Gross-Lichterfelde) ein unfehlbares Hypnotikum, dem keines der bisherigen Schlafmittel an Sicherheit und Intensität der Wirkung gleichkommt. Mittlere Dosis 0,5, bei Frauen wirken oft schon 0,3. In warmem Tee oder warmer Milch werde das Mittel stets gern genommen. Die Wirkung tritt nach etwa 1/4 Stunde ein und hält 7—9 Stunden an. Von unerwünschten Wirkungen stellte sich nur bei einer Hysterischen ein Ausschlag, ähnlich wie nach Antipyrin, ein. Anhaltende Darreichung war ohne Nachteil. Die Wirkung liess nicht nach. Herz- und Lungenkranke vertrugen das Veronal vorzüglich, besonders bewahrte es sich auch bei Morphiumentziehungskuren.

Auch Dr. Poly berichtet über günstige Erfahrungen, die er mit Veronal erzielte, auch da, wo Trional und Sulfonal im Stiche gelassen hatten. Es erregte keinerlei Nebenerscheinungen.

Günstiger Bericht über Veronal liegt aus der I. medizinischen Klinik zu Berlin von Dr. Lotsch vor. Das Mittel wirkt zu 0,25—1,0 bei einfacher Schlaflosigkeit sicher, angenehm und ohne alle bedenklichen Nebenerscheinungen. Kranke der verschiedensten Art vertrugen es gleich gut; bei heftigen Schmerzen, starken Beklemmungen usw. versagt es.

Prof. Schüle (Freiburg i. B.) verordnete das Veronal in mehreren Fällen von nervöser Insomnie. Es fand sich nun in allen Beobachtungen übereinstimmend, dass das Veronal in Dosen von 0,5—0,75 g keinerlei unangenehme Nebenwirkungen besitzt. Es erzeugt nach Schüle ziemlich schnell einen ausgiebigen Schlaf. Was die Intensität der Wirkung betrifft, so steht das Veronal dem Trional nach Schüle etwas nach, wie von allen seinen Patienten übereinstimmend angegeben wurde. Allerdings scheint ihm, dass die Veronalwirkung eine etwas prolongiertere ist, als die des Trionals.

Dr. Wiener hat das Veronal an Prof. Páls Abteilung in Wien in 30 Fällen versucht, indem die Patienten abends je eine Tablette à 0,5 erhielten. Am besten bewährte sich das Veronal gegen Schlaflosigkeit in Fällen von Hysterie und Neurasthenie, bei schwerer Lungentuberkulose, bei suburämischen Zuständen, chronisch interstitieller Nephritis und insbesondere bei inkompensierten Herzklappenfehlern.

Dr. Fischer benutzte an der psychiatrischen Klinik zu Jena das Veronal bei einfacher Schlaflosigkeit, bei der Morphiumentziehung, bei Alkoholismus, bei den verschiedensten hysterischen Zuständen, bei Neurasthenie, Erschöpfungspsychose, bei akuter halluzinatorischer Verwirrtheit, bei seniler Depression, akuter Manie, Melancholie, bei Paranoia acuta und chronica, bei Dementia paralytica, Dementia senilis und noch in anderen Fällen. Bei der grossen Mehrzahl der Kranken trat auf 0,5—1,0 nach 1/2 bis 1 Stunde ein langer guter Schlaf ein, aus dem die Kranken in gutem Zustande erwachten.

Dr. Rosenfeld hat auf der psychiatrischen Klinik Prof. Fürstners das Veronal erprobt, und zwar sowohl an neurologischem wie psychiatrischem Material. Die besten Erfolge erzielte man bei einfacher Agrypnia, Hysterie, Neurasthenie, nervöser Unruhe, Angstzuständen, selbst in Fällen, wo Trional und Chloral versagten. Auf 1 g Veronal trat nach ca. 3/4 Stunden zehnstündiger Schlaf ein. Später wurde mit 0,5 g derselbe Erfolg erreicht. Bei chronischem Alkoholismus und Geisteskranken waren die Wirkungen des Veronals nicht so zuverlässig. Als unangenehme Nebenwirkungen traten manchmal bei Dosen von 1 g Schwindel, Brechneigung auf. Einmal war die Wirkung dieser Dosis eine auffallend protahierte. Nach Dosen von 0,5 g wurde nichts von Nebenwirkungen bemerkt. Diese Dosis ist auch in den meisten Fällen vollkommen genügend.

Chloralhydrat bewirkt eine beträchtliche Steigerung des Eiweisszerfalles, die Disulfone (Sulfonal, Trional etc.) haben keinen Einfluss auf die Stickstoffausscheidung, Veronal bewirkt nach Dr. Trautmanns Untersuchungen eiweissparend. Man wird also bei längerem Gebrauche, bei elenden, fiebernden Menschen

Digitized by Google

dem Veronal schon aus diesem Grunde den Vorzug geben.

Über eine neue Klasse von Schlafmitteln von Prof. Fischer und Prof. v. Mering (Ther. d. Gegenw. 3. H. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 4. H.). — Veronal, ein neues Schlafmittel von Dr. Lilienfeld (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 21. — Schm. Jahrb. 278. Bd. 9. H.). — Über die therapeutische Wirkung des neuen Schlafmittels, Veronal von Dr. Poly (Münch. med. Wochenschr. Nr. 20). — Erfahrungen mit dem neuen Schlafmittel, Veronal von Dr. Lotsch (Fortschr. d. Med. Nr. 19). — Über Veronal von Prof. Schüle (Ther. Monatsh. 5. H. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 34). — Das Veronal, ein neues Hypnotikum von Dr. Wiener (Wien. med. Presse Nr. 24). — Über die Wirkung des Veronal von Dr. Fischer (Ther. Monatsh. 8. H.). — Therapeutische Erfahrungen über Veronal von Dr. Rosenfeld (Ther. d. Gegenw. 4. H.). — Der Einfluss des Veronal auf die Stickstoffausscheidung beim Menschen von Dr. Trautmann (Ther. d. Gegenw. 10. H.).

W.

Wanderniere. Prof. Kukula (Prag) schlägt folgende Methode der Nephropexis bei Wanderniere vor. Mit einem Simonschen Schnitt (vom oberen Rande der zwölften Rippe längs des äusseren Randes des M. sacrolumbalis bis zum Kamme des Hüftbeines) wird sukzessiv die Haut, das oberflächliche, dann das tiefe Blatt der Fascia lumbodorsalis, bis zum M. quadratus lumborum durchgeschnitten; indem dieser Muskel in seiner ganzen Länge vorn von der Fascia perinealis, rückwärts vom M. sacrolumbalis abgetrennt wird, werden die Fasern stumpf in zwei längliche Hälften, von der Muskelinsertion an der zwölften Rippe angefangen bis zu seinem unteren Drittel, getrennt. Dadurch entsteht eine Muskelspalte, auf deren unterem Ende sofort zwei Catgutnähte angelegt werden, welche die Spalte nach Einbringung der Niere verkleinern sollen. Nach Durchschnitt der Fascia perinealis wird langsam die Niere im ganzen Umfange der unteren zwei Drittel bis zum Hilus von ihrer Fetthülle befreit, worauf die Niere in die Muskelspalte eingeführt wird, und zwar so, dass sie mit ihrem Hilus auf dem unteren Winkel der Spalte aufspitzt; nach Verknüpfung der erwähnten Catgutnähte, womit eine Verkleinerung der Spalte und feste Einschliessung der Niere durch die Muskelränder erzielt wird, folgt noch die Fixation der Niere mit etlichen Seidennähten, die von rückwärts durch die fibröse Hülle und die Ränder des M. quadratus lumborum durchgeführt werden und endlich noch die Sutur der Fascienränder und der Haut bis auf eine kleine Stelle, durch die ein kleiner steriler Gazestreifen bis zum unteren Pol der Niere eingeführt wird. Diese Methode wurde bisher in drei Fällen durchgeführt, und zwar in zweien mit vollkommenem Erfolg; der erste Fall endete letal, doch aus Gründen, die der Methode fern standen.

Auf Grund seiner langen Erfahrungen macht Prof. Hahn folgende Operation bei Wanderniere. Freilegung der Niere nach Flankenschnitt und Vorziehung derselben. Spaltung der Fettkapsel und Bildung eines grossen Lappens aus der Capsula propria, wodurch die ganze Hinterfläche der Niere entblösst wird. Die Fettkapsel wird an die Fascia, die Capsula propria an Haut oder Subkutangewebe befestigt. Dann folgt die Tamponade der Wunde, so dass die Gaze auf das entblösste Nierenparenchym zu liegen kommt. Es bildet sich so ein reichliches Granulationsgewebe und ein sehr festes Narbengewebe. Aus diesem Grunde ist die Tamponade dem primären Schluss durch die Naht vorzuziehen. Nicht die Kapselnaht, sondern die Narbenbildung hält die Niere in ihrer Lage.

Dem Wirkungsprinzipe der Binden folgend kann man nach Dr. Schmitz (Wildungen) die bewegliche Niere viel einfacher durch Heftpflasterzüge in die richtige Lage bringen und in dieser erhalten. Wenn man, hinter oder zur Seite des Patienten stehend, die flache Hand so auf die untere Partie des Leibes direkt über der Symphyse horizontal auf-

Digitized by Google

legt, dass die Handfläche der kranken Seite entspricht, und nach oben und hinten anzieht, so gelingt es leicht, die Niere in ihre richtige Lage zu bringen. So fixiert man sie durch 8—10 cm breite und 40 cm lange Heftpflasterstreifen, die in zwei Bändern von 35 cm Länge auslaufen und perforiert sind, um die Haut möglichst wenig zu reizen und die Hauttranspiration tunlichst wenig zu behindern. Man führt die Streifen bei rechter Wanderniere von links nach rechts horizontal über den Unterleib direkt über der Symphyse, führt sie mit mässigem Zuge an der kranken Seite dem Darmbeinkamm parallel weiter zum Rücken und quer über diesen bis auf die andere Seite des Rückgrates. Der Verband, der auch bei chronischer Nierenentzündung durch Ruhigstellung des erkrankten Organes Nutzen bringt, wird selbst durch warme Bäder nicht gelockert, muss aber natürlich erneuert werden, wenn er seinen Zweck nicht mehr vollkommen erfüllt. Oft genug kann er nach einiger Zeit dauernd fortgelassen werden, wenn die Beschwerden geschwunden sind.

Eine neue Methode der Nephropexis von Prof. Kukula (Čas. česk. lék. — Ther. d. Gegenw. 4. H.). — Die chirurgische Behandlung der Wanderniere von Prof. Hahn (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 67. Bd.). — Beitrag zur Behandlung der Wanderniere von Dr. Schmitz (Ärztl. Rundschau. — Medico Nr. 47).

Wasserstoffsuperoxyd. Dr. Mankiewicz berichtet, dass die Firma Merck in Darmstadt ein absolut säurefreies, hochprozentiges (30 Gewichtsprozent) Präparat in den Handel bringt. Das Präparat ist unbegrenzt haltbar. Um die erforderlichen Verdünnungen herzustellen, fügt man zu 1 Teil Präparat Merck 29 Teile Wasser, dies gibt eine 1%ige Lösung; zu 1 Teil Präparat Merck 9 Teile Wasser, dies gibt eine 3%ige Lösung. Seine eigenen Erfahrungen und diejenigen anderer über die Anwendungsweise des Hydrogenium peroxydatum zusammenfassend, kommt Mankiewicz zu folgenden Schlusssätzen: Wir besitzen in dem chemisch reinen, säurefreien Wasserstoffsuperoxyd Merck ein vorzügliches Desinfektionsmittel, welches die Wunden von Blut, Eiter und Sekreten reinigt, nekrotische Gewebe und Membranen zum raschen Abstossen bringt und die Granulationsbildung energisch fördert. Es stillt parenchymatöse Blutungen und ist das beste bekannte Desodorans. Es bleicht und beseitigt Haare und bringt Sommersprossen zum Verschwinden. Es ist das einzig wirksame Gegengift gegen Blausäurevergiftung. Ausserdem ist es ein vorzügliches Reinigungsmittel für Instrumente und wirkt auf alle Bakterien entwickelungshemmend ein.

Das Wasserstoffsuperoxyd besitzt nach Dr. Unger (Berlin) verschiedene Vorzüge vor anderen Desinfizientien; seine schnelle Wirkung als Desodorans, seine Ungiftigkeit lassen es vielen anderen Mitteln überlegen erscheinen, insbesondere ist es bei progredienten Phlegmonen und jauchigen Prozessen indiziert.

Die Verwendung des Wasserstoffsuperoxyds in der ärztlichen Praxis von Dr. Mankiewicz (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 10). — Zur Verwendung des Wasserstoffsuperoxydes als Verbandmittel von Dr. Unger (Ther. d. Gegenw. 2. H.).

Wundbehandlung. Zum Zustandekommen von Infektionen bei chirurgischen Eingriffen sind nach Dr. Ihrig zwei Faktoren von Belang: 1. Das Zellenleben der Bakterien, 2. das Zellenleben des Organismus. Denn es ist bekannt, dass mangelhaft ernährte Gewebe einen guten Nährboden abgeben. Der Verfasser betont daher, dass nebst nüchterner Asepsis der Schwerpunkt in der Wundbehandlung in der Schonung der Gewebe gelegen ist. Die Gewebsvitalität erleidet in zweifacher Beziehung Schaden, einmal durch physikalische, dann durch chemische Beschädigung: physikalisch zunächst durch mechanische Läsionen, wie stumpfes Wühlen in den Geweben etc., man darf also nur scharf operieren; dann durch thermische Einflüsse: es soll daher das Medium der Wundbehandlung die Temperatur des menschlichen Körpers besitzen; endlich durch Austrocknung; es darf daher nie ein trockener, sondern immer nur ein feuchter Verband zur Anwendung gelangen. Die chemische Beschädigung beruht in der Anwendung der

Digitized by Google

antiseptischen Flüssigkeiten, die ja giftig sind und die Zellen schädigen. Das geeignete Medium muss die Eigenschaften des Blutes haben. Als solches gibt Verfasser die modifizierte Lockesche Lösung an: $CaCl_2$: 0,03%, $NaHCO_3$: 0,04%, NaCl 0,9%. Die mit diesen biologischen Prinzipien erzielten Resultate müssen als sehr günstig bezeichnet werden.

Aus seinen Untersuchungen über die Ab- oder Zunahme der Keime in einer accidentellen Wunde unter rein aseptischer trockener und antiseptischer feuchter Behandlung zieht Dr. Gontermann folgende Schlüsse: 1. Eine bakterienhemmende Nachwirkung der Antiseptika in Wunden ist nicht zu konstatieren. 2. Der Keimgehalt nichteiteriger accidenteller Wunden wird bei antiseptisch-feuchten impermeablen Verbänden mehr gesteigert als bei trockenen. 3. Bei accidentellen Wunden ist der Jodoformgaze der Vorzug zu geben, da sie mit den klinisch wichtigen Eigenschaften der Aufnahme der Wundsekrete und Blutstillung durch Festsaugen noch eine entschiedene Einwirkung auf die Mikroorganismen verbindet. 4. Feuchte Verbände machen leicht Ekzeme und Haarbalgabszesse in der Umgebung der Wunde, begünstigt durch Mazeration der Haut. 5. Die feuchten Verbände sind kein sicheres Mittel gegen Vereiterung accidenteller Wunden. 6. Bei eiternden Wunden bewirken die trockenen Verbände eine schnellere Abnahme der Keime, als die feuchten. 7. Bei phlegmonösen Entzündungen wirken die trockenen Verbände (aseptische Gaze und Jodoformgaze) günstig auf den Abfall der Keimzahl. 8. Viele accidentelle Wunden heilen trotz grossen Keimgehaltes ohne klinische Zeichen von Entzündung.

Dr. Bockenheimer (Berlin) berichtet aus der von Bergmannschen Klinik über Nachprüfungen, die er mit den gebräuchlichsten Schleichschen Präparaten zur Wundbehandlung (Pulvis serosus, Glutol, Glutolserum, Pasta serosa und peptonata) angestellt hat. Gegenüber dem Pulvis serosus, das Schleich bei primär genähten und aseptischen offenen Wunden anwendet, und gegenüber dem Glutol, das bei aseptischen offenen und infizierten Wunden gebraucht wird, gibt Bockenheimer unbedingt der aseptischen Gazebehandlung den Vorzug. Das Glutolserum wendet Schleich bei allen infizierten Wunden an, bei Höhleneiterungen und Phlegmonen; er betont, dass es die Eiterung zu beseitigen und sehr rasch schmierige, nekrosenhaltige Wunden in reine zu verwandeln im stande sei. Auch diese Vorzüge kann Bockenheimer in der Hauptsache nicht anerkennen. Von den von Schleich so warm empfohlenen Pasten hat Bockenheimer die Pasta serosa bei Brandwunden, die Pasta peptonata beim Unterschenkelgeschwür angewandt und nachgeprüft. Gegenüber der erstern empfiehlt Bockenheimer den aseptischen Salbenverband, gegenüber letzterer den rascher anzulegenden und billigeren Mastixverband. Gegen die Schleichschen Präparate spricht auch die Kostspieligkeit.

Über Septoforma, ein neues Antiseptikum und Desinfiziens, berichtet Dr. Frieser (Wien). Dasselbe ist ein chemisches Produkt, gewonnen durch Kondensation des Formaldehyds mit Stoffen aus der Terpen-, Naphthalin- und Phenolgruppe, in spirituöser Leinölseife gelöst, als dessen wichtigster und wirksamster Bestandteil das Dioxinnaphtylurethan gelten kann. Dieses neuere Desinfektionsmittel, welches sowohl in Wasser, als in Alkohol sehr gut, rasch und vollkommen löslich ist, bildet eine hellbraune, klare und durchsichtige Flüssigkeit von öliger Konsistenz und alkoholischer Reaktion. Der Geruch des Mittels, der in der gebräuchlichen Konzentration (1—5%) nahezu gar nicht zur Geltung kommt, ist gewiss kein unangenehmer zu nennen. Versuche ergaben, dass bei Anwendung einer 3%igen Lösung die meisten Bakterien, wie Staphylococcus pyogenus aureus, Choleravibrionen, Typhusbazillen usw. schon in wenigen Minuten (3—20) abgetötet wurden, und bei Gebrauch von 5%igen Lösungen die Wirkung noch rascher eintrat. Diese Experimente wurden sowohl an Bakterienkulturen (als Nährboden diente Peptonwasser und Bouillon), sowie auch an infizierten Händen vorgegenommen. Auch Milzbrandbazillen wurden in diese Versuche miteinbezogen,

Digitized by Google

wobei eine Abtötung derselben nach 1/2—6 Stunden zu konstatieren war. Beim Waschen der Hände oder der zu desinfizierenden Partien mit Septoforma entsteht ein Seifenschaum, wobei die Haut der Hände weich und geschmeidig bleibt, und keinerlei nachteilige Einwirkung an derselben jemals wahrgenommen werden kann. Im allgemeinen kommt nach den gemachten Beobachtungen die antiseptische Wirkung des Septoforma den besten, bisher in Verwendung stehenden Desinfektionsmittel in jeder Hinsicht zum mindesten gleich, besitzt jedoch vor denselben mehrere nicht zu unterschätzende und wichtige Vorteile.

Einen zweckmässigen Ersatz für das englische Pflaster sieht Dr. Philippson (Hamburg) im Bückeburger Heilpflaster einem 2%igen Salizyl-Kautschukpflaster, auf wasserdicht gummierten Rosabattist gestrichen. Die Widerstandsfähigkeit des Pflasters gegen wiederholte Waschungen, selbst mit heissem Wasser bewährte sich glänzend; wenigstens einen Tag hielt das Pflaster aus. Nur tut man gut, beim Fingerverband das Pflaster ringförmig um den Finger zu legen, um jedes Abgleiten bei Bewegung zu hindern. Es ergab sich ferner, dass mehrtägiges Verweilen im Brutschrank bei Brutemperatur der Güte des Pflasters in keiner Weise Eintrag tat. Das Tragen in der Brusttasche oder die Aufbewahrung in der Nähe des Ofens dürfte demnach dem Pflaster kaum schaden. Die Reizlosigkeit war eigentlich schon durch Weglassung des Terpentins oder sonstiger reizender, die Klebekraft erhöhender Zusätze gewährleistet. Eine vielseitige praktische Anwendung konnte diese Eigenschaft des Pflasters bestätigen. Die zur Herstellung angewandte hohe Temperatur und die gewählten Materialien sind nicht danach angetan, einen nennenswerten Keimgehalt aufkommen zu lassen, ein Weiterwachsen zufällig in und auf die Pflastermasse geratener Keime ist gänzlich ausgeschlossen. Bei der Verpackung in staubsicheren Täschchen wird mit grösstmöglicher Sauberkeit verfahren. Wenn als Antiseptikum Salizylsäure gewählt worden ist, so entspricht dies der Anschauung des Verfassers, dass ausser Alkohol diese Säure das beste Antiseptikum zum Selbstschutz der Haut ist. Natürlich darf man die Ansprüche an das Pflaster nicht über das berechtigte Mass steigern. Eine stark infizierte Wunde ist kein geeignetes Objekt für dies Pflaster.

Wundbehandlung nach biologischem Prinzip von Dr. Ihrig (Beitr. z. klin. Chir. 40. Bd. 1. H. — Med. Blätter Nr. 44). — Experimentelle Untersuchungen über die Ab- oder Zunahme der Keime in einer accidentellen Wunde unter rein aseptischer trockener und antiseptischer feuchter Behandlung von Dr. Gontermann (Arch. f. klin. Chir. 70. Bd. 2. H. — Schm. Jahrb. 279. Bd. 9. H.). — Septoforma, ein neues Antiseptikum und Desinfiziens von Dr. Frieser (Med. Blätter Nr. 45). — Ein zweckmässiger Ersatz für das englische Pflaster von. Dr. Philippson (Ther Monatsh. 3. H.).

V.

Yohimbin. Prof. Giannelli glaubt auf Grund seiner Erfahrungen, das Yohimbin (Spiegel) empfehlen zu können: 1. Bei sexueller Impotenz im Gefolge der Neurasthenien. 2. Bei jener Impotenz, die sich bei Individuen in einem gewissen Alter einstellt, wenn sie früher übermässig die Vita sexualis missbraucht haben, Fälle, die viel zahlreicher sind, als man gewöhnlich glaubt. 3. Bei der Ejaculatio praecox. Der Nutzen des Medikamentes ist um so grösser, als es sich frei von jenen Nachteilen zeigt, die anderen Aphrodisiacis anhaften. Wie lange die Dauer der Wirkung anhält, darüber kann Verfasser sich nicht äussern, da er die einzelnen Fälle zu wenig genügend lange in Beobachtung hat.

Dr. Kronfeld (Wien) hat in mehreren Fällen von Impotenz vom Yohimbin „Riedel“ (2—3mal täglich 0,005) sehr gute Erfolge gesehen.

Prof. Löwy und Dr. Müller (Berlin) haben die physiologische Prüfung der

Digitized by Google

anästhesierenden Wirkung des Yohimbins (Spiegel) vorgenommen. Zur Untersuchung wurden immer neutrale sterile Lösungen des Yohimbins (meist 1 %) in destilliertem Wasser oder in 0,9 %iger Kochsalzlösung verwendet. Zunächst konnte die anästhesierende Wirkung der ½—1 %igen Yohimbinlösung auf die Konjunktiva und Kornea an Tieren sowie am Menschen festgestellt werden; beim Menschen können Fremdkörper aus der Hornhaut schmerzlos entfernt werden, dabei fehlen Änderungen in der Pupillenweite und Akkommodation, während Ciliarinjektion fast regelmässig auftritt. Ferner konstatierten die Verfasser teils an sich selbst, teils an Hunden und Kaninchen, die anästhesierende Wirkung des Yohimbins auf die Nasenschleimhaut. Nach Aufpinseln der ½—1 %igen Yohimbinlösung auf die Mundschleimhaut beobachtet man ein pelziges Gefühl, wie wenn die betreffende Schleimhautpartie geschwollen ist. Sehr bald ist auch die Geschmacksempfindung herabgesetzt, die vier Geschmacksqualitäten können nicht mehr getrennt unterschieden werden. Ausserdem stellten die Verfasser noch Versuche über die direkte Wirkung des Yohimbins auf freigelegte Nerven (Ischiadicus und Vagus) von Säugetieren an. Dabei ergab sich, dass das Yohimbin sowohl die Erregbarkeit wie das Leitungsvermögen motorischer und sensibler Nerven bei direkter Applikation herabsetzt, bezw. ganz aufhebt. Die Wirkungen des Yohimbin sind wie die des Kokain vorübergehende.

Dr. Haike hat sich an Prof. Passows Ohrenklinik in Berlin von der anästhesierenden Wirkung des Yohimbins überzeugen können. Für die Schleimhaut des Ohres musste der Autor eine 1,5 %ige Lösung in 30 %igem Alkohol verwenden, welche vorzüglich anästhesierend auf die Schleimhaut des Mittelohres und auch auf das Trommelfell wirkte. Mit kochendem Wasser hergestellte 2 %ige Lösungen brachten auch auf der Nase völlig anästhesierende Wirkung auf der Oberfläche hervor. Gegenüber den Kokain hat das Yohimbin den Vorteil der Unschädlichkeit, ferner das Ausbleiben der Anämisierung der Schleimhäute, die oft beim Entfernen von Granulationen und Polypen störend wirkt. Das Präparat ist im Ohr schneller wirksam, wenn es eingepinselt wird, die Wirkung tritt nach 3—5 Minuten ein und hält 20—30 Minuten an.

Beitrag zum Studium über die Wirkung des Yohimbin-Spiegel von Prof. Giannelli (Gaz. med. di Roma Nr. 3. — Med. Blätter Nr. 14). — Yohimbin „Riedel" als Tonikum und Aphrodisiakum von Dr. Kronfeld (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 35). — Zur Kenntnis der anästhesierenden Wirkung des Yohimbin (Spiegel) von Prof. Löwy und Dr. Müller (Münch. med. Wochenschr. Nr. 8. — Allg. med Zentral-Ztg. Nr. 21). — Das Yohimbin als lokales Anästhetikum, besonders in der Behandlung der Ohren- und Nasenerkrankung von Dr. Haike (Ther. d. Gegenw. 5. H.).

Z.

Zahnkrankheiten. Dr. v. Dobrzyniecki empfiehlt als ein sehr einfaches Mittel für die allgemeine ärztliche Praxis, welches im stande ist, dem Fortschreiten der ungemein verbreiteten Zahnkaries erfolgreich zu begegnen, das Argentum nitricum crystallisatum. Dasselbe wird derzeit sowohl bei Karies der Milchzähne als auch der bleibenden Zähne als eines der besten Konservierungsmittel angewendet. Bei Emailkaries, dann bei den sogenannten keilförmigen Defekten ist es geradezu das einzige unentbehrliche Mittel. Da der Verlauf der Karies ein chronischer ist, wird mit der einmaligen Anwendung eines solchen Mittels das Ziel selbstverständlich nicht erreicht; es muss wiederholt angewendet werden, um ein Resultat zu erzielen. Das Argentum nitricum kann sowohl in Lösung als auch in Form des Stiftes angewendet werden. Es zeigt folgende Eigenschaften: 1. Lokale Wirkung. Dasselbe penetriert in die Dentintubuli; 2. es wirkt rasch; 3. indem

Digitized by Google

es sich mit der in Berührung kommenden Zahnsubstanz in Silbereiweiss verwandelt, bis zu einer Tiefe von 1,2 mm, lässt letzteres das weitere Vordringen des Mittels in die Tiefe auf eine intakte Pulpa nicht zu; 4. es entsteht daher nach der Anwendung desselben keine Entzündung der Pulpa. Der Zahn zerbröckelt sich nicht, wie dies beim Darinlassen von Acidum arsenicosum immer der Fall ist; 5. entstehen daher nach der Behandlung gar keine Nacherscheinungen, wie dies bei Anwendung von Acidum arsenicosum ohne weitere Behandlung vorkommt: Necrosis apicis, Necrosis alveolaris circumscripta. Eine sehr vorteilhafte Wirkung besteht ferner darin, dass es die Schmerzen bei Karies stillt und diesbezüglich allen anderen Mitteln vorzuziehen ist. Die Behandlung selbst besteht in folgendem: 1. Der kariöse Detritus wird mechanisch entfernt durch Anwendung eines grossen Rosenbohrers. Da dieser jedoch für die Bohrmaschine vorbereitet ist, muss derselbe, um ihn in der Hand halten zu können, mit seinem Ende in einen harten, kleinen Korkstöpsel gesteckt werden. Der Bohrer selbst wird in der kariösen Höhle ohne Druck einige Male herumgedreht. Würde man einen stärkeren Druck anwenden, so könnte bei einer dünnen Dentinschichte, wie dies bei Caries profunda der Fall ist, die Pulpa eröffnet werden, was daher zu vermeiden ist, ebenso sind schmerzhafte Stellen nicht zu berühren; 2. die kariöse Höhle wird nachher mit Chloroform ausgewaschen; 3. wird eine 50%ige Lösung von Argentum nitricum eingeführt. Dies geschieht, indem man auf die Tampons aufgesaugte Lösung mittelst Pinzette für einige Sekunden einlegt; damit ein Überschuss der Lösung auf die Weichteile des Mundes nicht komme, nehme man einen Tampon, dessen Grösse der Hälfte der Zahnhöhle entspricht; 4. wird der Mund mit 1%iger Kochsalzlösung ausgespült. Dieses Verfahren ist für einen Zahn in 10 Sitzungen anzuwenden. Der erste Akt wird selbstredend nur bei Beginn der Behandlung angewendet. In einer Sitzung können gleichzeitig mehrere, womöglich nebeneinander liegende Zähne gleichzeitig behandelt werden. Es empfiehlt sich jedoch, nicht mehr als drei Zähne in einer Sitzung zu behandeln. Bei etwas Routine dauert eine solche Behandlung ca. 1—2 Minuten. Es ist dabei zu trachten, dass möglichst gutes Tageslicht in den Mund fällt. Das Verfahren kann in jedem Stadium der Karies angewendet werden, ebenso bei gangränösen Zähnen, falls keine periostalen Erscheinungen vorhanden sind. Zähne, welche schmerzen, daher an Pulpitis, Periodontitis, Alveolarabszessen erkrankt sind, bleiben von dieser Behandlungsmethode ausgeschlossen.

Von allen Gefahren, die der Zahnwurzel drohen, ist nach Dr. Senn die Pyorrhoea alveolaris zweifellos die bedenklichste, und zwar hauptsächlich deshalb, weil sie meist erst beobachtet und behandelt wird, wenn der Schaden schon weit vorgeschritten ist. Grundbedingung für das Entstehen der Pyorrhöe ist der subgingivale Zahnstein, den Verfasser aus diesem Grunde Eiterstein nennt; er erzeugt eine Gingivitis rings um den Zahnhals, welche um so rascher fortschreitet, je weniger widerstandsfähig der Körper ist. Personen, welche an Stoffwechsel- oder Fieberkrankheiten, an Herzkrankheiten, Neurasthenie u. a. leiden, erscheinen daher zu Alveolarpyorrhöe prädisponiert. Ein spezifischer Mikroorganismus wurde bisher nicht gefunden; im Eiter der Pyorrhöe findet man alle auch sonst in der Mundhöhle vorkommenden Bakterien. Betrachtet man die Pyorrhöe als lokale Erkrankung, so stellt sich die Prognose günstig, wofern nur ein Teil der Wände des Alveolarfaches gesund und etwa das letzte Drittel des Zahnes gegen die Wurzelspitze von Ablagerungen verschont blieb. Das einzige Heil beruht in der Entfernung des subgingivalen Zahnsteins. Alle Medikamente, alle Methoden versagen, wenn die Gingivitis und Eiterung durch Zahnsteinpartikel unterhalten wird. Verfasser empfiehlt zum Entfernen des Eitersteins ein rechtwinkelig abgebogenes, hauenförmiges Instrument, mit welchem man durch stossende oder ziehende Bewegungen alle auf der Wurzel abgelagerten Teilchen absprengt. Nachher wird die Alveole mit warmem Wasser oder schwacher Sublimatlösung ausgespritzt. Bei einwurzeligen Zähnen ist die Heilung meist nach zwei Sitzungen erreicht. Verfasser

Digitized by Google

ist gegen die chirurgische Behandlung, wie Spalten der Zahnfleischtaschen, Abtragen des eiternden Zahnfleischrandes usw.; es muss vielmehr unser Bestreben sein, das Zahnfleisch nach Möglichkeit zu schonen, damit es sich wieder fest und straff an den Zahnhals anlege. Der Patient wird angewiesen, morgens nach dem Frühstück und abends die Zähne mechanisch zu reinigen, bekommt ein adstringierendes Mundwasser und die Unnasche Zahnpaste, welche 50% Kali chloricum enthält und sich gegen Stomatitis und Gingivitis vorzüglich bewährt.

Dr. Beck verwendet Paraffin mit einem Zusatz von 4% Vaselin zu Wurzelfüllungen. Dieses Material wird durch das Aufkochen absolut steril, es lässt sich in flüssigem Zustande leicht einführen und erforderlichenfalls wieder entfernen. Dabei dringt es bis zu den äussersten Enden der Wurzeln vor, ohne dem Patienten Unannehmlichkeiten oder Schmerzen zu bereiten. Ausserdem verwendet Verfasser das Paraffin zu Injektionen in die Alveolarfächer nach Extraktion von Zähnen, wodurch er die Retraktion der Alveolarränder und die Schrumpfung des Alveolarfortsatzes verhindert und für die Prothese günstigere Vorbedingungen schafft.

Dr. Möller teilt seine Erfahrungen über die lokal anästhetische und blutstillende Wirkung des Nebennierenextraktes mit. Er hat 238 Extraktionen mit dem reinen Präparate, mit Zusätzen geringer Mengen von Tropakokain und mit Zusätzen von Paraamidobenzoesäure-Ester (Anästhesin Ritsert) gemacht. In fast allen Fällen wurde vollkommene Anästhesie erzielt. Die Blutung war in allen Fällen kaum messbar. Zumeist war die Alveole nach der Extraktion vollkommen blutleer, erst nach ½—1 Minute füllte sie sich langam mit Blut, welches kaum den Rand der Alveole erreichte, geschweige denn überfloss und daher auch nicht gemessen werden konnte. Bei straffem Zahnfleisch, wo mit starkem Druck injiziert werden musste, war die Anästhesie vollkommen und die Blutung minimal. Weniger günstig waren die Erfolge bei lockerem Zahnfleisch, doch überstieg auch hier die Blutung niemals 4 ccm. Nebenwirkungen konnte Möller nicht beobachten. In vier Fällen wollen nervöse und blutarme Patientinnen nach der Extraktion Fiebererscheinungen beobachtet haben. Verfasser gab zu 5 ccm Anämorenin 1 ccm Tropakokainlösung (Tropakokaïn. mur. 0,3, Natr. chlor. 0,2, Aqu. dest. 100) und injizierte hiervon durchschnittlich 2—3 g, von dem reinen Präparat verwendete er 2—4 g.

Ein Beitrag zur Behandlung der Zahnkaries von Dr. v. Dobrzyniecki (Wien. med. Wochenschr. Nr. 17. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 35). — Die Pyorrhoea alveolaris und ihre Heilbarkeit von Dr. Senn (Schw. Vierteljahrschr. f. Zahnheilk. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 5 H.). — Paraffin, ein ideales Material für Wurzelfüllungen von Dr. Beck (Dent. Digest. 8. Bd. 9. H. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 3. H.). — Mitteilungen über die Wirkung des Nebennierenextraktes als lokales Anästhetikum und Hämostatikum von Dr. Möller (Zahnärztl. Rundschau. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 3. H.).

Digitized by Google

Verzeichnis

der im Anzeigen-Anhang zu Dr. A. Pollatscheks Therapeut. Leistungen

empfohlenen

Medizinischen Präparate, Apparate, Instrumente, Nährmittel, Mineralwässer, Bäder, Sanatorien, Heilanstalten etc.

Die Seitenzahlen beziehen sich auf die Ankündigungen der betr. Firmen am Schlusse des Bandes.

	Seite
Acetopyrin	14
Adrenal-Poehl	21
Albargin	16 17
Anaesthesin (Dr. Ritsert)	16 17
Apparate zur Polarisation	20. 25
Aristochin	36
Aspirin	36
Bakteriolog.-Chem. Mikroskop. Apparate.	
Paul Altmann, Berlin	20
Dr. Robert Muencke, Berlin	25
Bäder, Kurorte und Heilanstalten.	
Baden-Baden	8
Bilin, Kuranstalt Sauerbrunn	6
Franzensbad	9
Karlsbad	7
Kessenich, Dr. Peters'sche Kuranstalt	11
Langenschwalbach	8
Lippspringe	10
Marienbad	9
Salzungen	10
Schömberg, Neue Heilanstalt für Lungenkranke	12
Wiesbaden	5
Biliner Sauerbrunn	6
Bismon	15
Bismutose	15
Brutschränke	20. 25
Capsulae Guajacoli compos. Hill	14
Centrifugen f. Kliniker und Bakteriologen	20. 25
Cerebrinum Poehl	21
Citarin	36
Crurin	15
Dormiol	15
Dungs China-Calisaya-Elixir	4
Dungs Rhabarber-Elixir	4
Eichel-Kakao, Stollwerck	19
Eisen-Somatose	36
Fleischsolution, Leube-Rosenthalsche	25
Franzensbad	9
Gujasanol	16/17
Hämatogen (Dr. Hommel)	3
Harnuntersuchungsapparate	20. 25
Heroin hydr.	36
Hetol und Hetolkresol	15
Helmitol	36
Honthin	14
Hygiama (Dr. Theinhardts)	22/23
Instrumententische und Schränke	20. 25
Jodol	15

Digitized by Google

	Seite
Kaiser-Friedrich-Quelle, Offenbach	13
Karlsbad	7
Kessenich, Dr. Petersche Kuranstalt	11
Kindermehle, Dr. Theinhardts lösliche Kindernahrung	22/23
Kryoskope	20. 25
Langenschwalbach	8
Leube-Rosenthalsche Fleischsolution	25
Lippspringe	10
Mamminum Poehl	21
Marienbad	9
Menthol-Jodol	15
Mesotan	36
Dr. Michaelis Eichel-Kakao	19
Moorextrakte	1
Moorlauge	1
Moorsalz	1
Nährpräparate, Hygiama und Dr. Theinhardts Kindernahrung	22/23
Offenbacher Wasser	13
Orexin-Tannat	15
Ovarinum Poehl	21
Oxaphor	16/17
Pastilles de Bilin	6
Pegnin	16/17
Petrosapol	14
Petrosulfol	14
Pilulae Colae comp. Hell	14
Pilulae aperientes Kleewein	21
Polarisationsapparate	25
Puro	2
Pyramidon	16/17
Rhabarber-Elixir	4
Salzungen	10
Sanguinin	18
Somatose	36
Sperminum Poehl	21
Suprarenin	16/17
Syrupus Colae compos. „Hell“	14
Syrupus Guajacoli compos. Hell	14
Tannigen	36
Tannochrom. siccum	14
Tannochrom. solutum	14
Theocin-Natr. acet.	36
Thyreoïdinum Poehl	21
Trigemin	16/17
Valyl	16/17
Veronal	36
Weine für Gesunde und Kranke	24
Wiesbaden	5

Digitized by Google

Moorbäder im Hause

mit

Einziger natürlicher Ersatz für

Medicinal-Moorbäder

im **Hause** und zu **jeder Jahreszeit.**

Mattoni's Moorsalz	Mattoni's Moorlauge
(trockener Extract)	(flüssiger Extract)
in Kistchen à 1 Kilo.	**in Flaschen à 2 Kilo.**

Langjährig erprobt bei:

Metritis, Endometritis, Oophoritis, Parametritis, Perimetritis, Peritonitis, Chlorose, Anaemie, Scrophulosis, Rhachitis, Resorption von Exsudaten, Fluor albus, Disposition zu Abortus, partiellen Paralysen, Paresen, Gicht, Rheumatismus, Podagra, Ischias und Haemorrhoiden.

Heinrich Mattoni

Franzensbad, Karlsbad, Wien.

Einem Eingangszoll nach Deutschland unterliegen Moorextracte nicht.

Den Herren Ärzten, welche **Mattoni's** Moorextracte noch nicht kennen sollten, oder dieselben ad usum proprium und in der Armenpraxis in Verwendung zu nehmen beabsichtigen, stehen geeignete Quantitäten bei der Firma **Heinrich Mattoni** in Franzensbad, oder deren Filialen in Karlsbad, Wien und Budapest vollständig kostenfrei zur Disposition.

Digitized by Google

Bleichsucht
Scrophulose
Rhachitis.

Tuberculose
Kachexien
in Folge von Carcinom, Syphilis etc.

„PURO" Med. chem. Institut, München.

Puro

Fleischsaft

Saft aus rohem Ochsen-Muskelfleisch in dreifacher Konzentration, mit 33 pCt. Fleisch-Eiweiss,

ein ideales Kräftigungsmittel für Kranke und Schwache.

Unsere ersten Kliniker verordnen täglich Fleischsaft „Puro".

Frauenleiden
Nervenkrankheiten
nach **Operationen.**

Anwendung: Mehrmals täglich ca. 1 Stunde vor den Mahlzeiten einen bis mehrere Kaffeelöffel rein mit Weissbrot, oder in Milch, Bouillon, Wein etc., ausserdem während der Mahlzeiten als Zusatz zu Suppen, Fleisch und Gemüsen, ferner als Fleischsaft-Gelée und Fleischsaft-Gefrorenes.

Reconvalescenz
Kinderpraxis
Verdauungsleiden.

Digitized by Google

Statt Eisen! **Statt Lebertran!**

Dr. Hommel's Haematogen

(Konzentriertes, gereinigtes Haemoglobin [Dr. R.-Pat. No. 81 391]) 70,0.

Geschmackszusätze: **Chem. reines Glycerin 20,0. Wein 10,0 incl. Vanillin 0,001).**

Als blutbildendes, organeisenhaltiges diätetisches Nähr- und Kräftigungsmittel für Kinder und Erwachsene bei Schwächezuständen irgend welcher Art unerreicht,

besonders in der Kinderpraxis.

Haematogen Hommel enthält ausser dem völlig reinen Haemoglobin noch sämtliche Salze des frischen Blutes **insbesondere auch die wichtigen Phosphorsalze** (Natrium, Kalium und Lecithin) sowie die nicht minder wichtigen Eiweisstoffe des Serums in konzentrierter, gereinigter und **unzersetzter** Form (also **nicht verdaut!**). Die künstliche Verdauung, sei sie nun durch Säure-Pepsin oder hohe Hitzegrade erzeugt, ist von der natürlichen weitaus verschieden. Peptone, Albumosen und peptonisierte Präparate werden, wie Voit-München, Neumeister-Jena und Cahn-Strassburg nachgewiesen haben, überhaupt nicht direkt resorbiert; ihre Diarrhoe erzeugende Wirkung ist von zahlreichen Autoren festgestellt. Durch die künstliche Verdauung werden zweifellos Stoffe zersetzt, welche für die Neubildung von Zellen im Organismus von höchster Wichtigkeit sind. Schlagend wird dies durch die grossen Erfolge mit Haematogen Hommel gerade in solchen Fällen von Rhachitis, Scrophulose, Pädatrophie etc. etc. bewiesen, bei welchen vorher nutzlos peptonisierte Präparate, sowie Lebertran, Jodeisen etc. etc. angewandt wurden.

Haematogen Hommel kann als diätetisches Nährmittel jahraus jahrein ohne Unterbrechung genommen werden. Da es ein natürliches organisches Produkt ist, treten **niemals** irgend welche Störungen ein, **insbesondere nicht** der bei längerem Gebrauche von **künstlichen Eisenpräparaten** unvermeidliche **Orgasmus.**

Warnung vor Fälschung! Wir warnen vor den zahlreichen Nachahmungen unseres Präparates, insbesondere vor solchen mit Äther-Zusatz. Mit Umgehung des Patentes hergestellt, repräsentieren sie nur gewöhnliche Mischungen. In ihnen ist das Haemoglobin nicht in gereinigter, sondern in der mit den Exkretionsstoffen (Hippursäure, flüchtige Fettsäuren, Gase etc. etc.) belasteten, also ungereinigten Form enthalten. Wir bitten daher, stets **Haematogen Hommel** zu ordinieren.

Nachstehend einige neuere ärztliche Gutachten:

„Ich habe Dr. Hommels Haematogen einem 7jährigen Mädchen verordnet, das ein **Jahr lang an Malaria** gelitten hatte, und durch die häufigen Fieberanfälle sehr entkräftigt und anaemisch geworden war. **Der Erfolg der Kur war glänzend.** Der Appetit stellte sich wieder ein, Patientin wurde lebhafter und kräftiger. **Die Haut und die Schleimhäute nahmen eine rötere Färbung an.**"

(Dr. med. Meisel, Oberarzt am Lazaret v. **Sakataly.)**

„Ich habe Dr. Hommels Haematogen" mit sehr gutem Erfolge bei **meinen beiden Kindern** Zwillingen im Alter von ¾ Jahren) angewandt. **Namentlich** das eine von ihnen, das erheblich in der Entwicklung zurückgeblieben war, **blühte unter dem Gebrauche des Präparates förmlich auf** und nahm innerhalb eines Monats 2 Pfund zu. Über die Form des Eingebens möchte ich noch bemerken, dass ich täglich einen Teelöffel gab, und zwar dem einen, das sehr gut einnimmt, pur, dem andern mit Griesbrei verrührt." **(Dr. med. H. Goldschmidt, Breslau.)**

„Dr. Hommels Haematogen habe ich **bei meinem eigenen Kinde,** einem vierjährigen, schwächlichen, durch Rhachitis anämischen Knaben versucht und konnte mit Vergnügen konstatieren, dass das Kind **auffallend rasch eine gesunde Gesichtsfarbe** bekam; der Appetit steigerte sich, kurz, der ganze Stoffwechsel wurde reger. Infolge dieses günstigen Resultates verwendete ich dieses Mittel auch bei andern Patienten und kann konstatieren, dass dasselbe **überall seine vorzüglichsten Eigenschaften** entwickeln konnte."

(Dr. Max Stransky, Frauen- u. Kinderarzt in **Wien.)**

„Haematogen Hommel hat sich bei meiner **90 Jahre alten Mutter sehr gut bewährt.**"

(Dr. med. E. Liedtke, Kreisarzt, **Insterburg** [Ostpr.].)

„Haematogen Hommel hat sich mir als ein ausgezeichnetes Präparat erwiesen. Eine anämische Patientin, die lange Zeit hindurch an **Dysmenorrhoe** und **Anorexie** verbunden mit Schwindel und Kopfschmerz litt, konnte nach **4 wöchentlichem** Gebrauch Ihres Mittels **als geheilt angesehen werden.**"

(Geheimrat Dr. Wiljamowsky, Corps-Arzt, Wilna.)

„Ich habe Hommels Haematogen mit **grossem Erfolge** angewandt bei Kranken, die durch **grosse Blutverluste** entkräftet waren, ferner bei **Rekonvaleszenten** und **Neurasthenikern.**"

(Dr. med. A. Malinowsky, Primararzt des Warschauer Kinderhospitals.)

Versuchsquanta stellen wir den Herren Ärzten, die sich durch Eigenproben ein Urteil bilden wollen, gerne **gratis** und **franko** zur **Verfügung.**

Depôts in allen Apotheken.

Verkauf in Originalflaschen (250 gr).

Tages-Dosen: **Säuglinge** 1—2 Teelöffel mit der Milch gemischt (Trinktemperatur!) **grössere Kinder** 1—2 Kinderlöffel (rein!!!), **Erwachsene** 1—2 Esslöffel täglich vor dem Essen, wegen seiner eigentümlich stark appetitanregenden Wirkung.

Nicolay & Co., **Hanau a. Main. Zürich. London. E. C. 36 & 36a, St. Andrew's Hill.**

Vertretung für Nordamerika: Lehn & Fink, William Street 120, **New York.**

Engros-Versand für Russland: Apotheke Gross-Ochta St. Petersburg.

Digitized by Google

Dung's aromatisches RHABARBER-ELIXIR
(Elixir Rhei aromatic. Dung),

ein angenehm schmeckendes mildes
Abführ- und Magenmittel
5 Teile Elixir enthalten 1 Teil Rhabarberwurzel.

Verordnen Sie stets:
Original Dung's!
Muster und Literatur gratis.

Elix. Rhei aromatic Dung enthält in 5 T. = 1 T. Rhabarberwurzel
Tinct. Rhei aquos. . . . . „ „ 10 „ = 1 „ „
Tinct. Rhei vinos . . . . . „ „ 10 „ = 0,8 „ „

Hieraus ist ersichtlich, dass ersteres doppelt so stark ist wie die stärkere Tinktur des Arzneibuchs, dass der Patient nur halb soviel Flüssigkeit zu schlucken hat beim Einnehmen von Dung's Elixir wie bei den offizinellen Tinkturen. Ferner ist durch Zusatz von Gewürzen der **widerliche Geschmack der Rhabarberwurzel in Dung's arom. Rhabarber-Elixir verdeckt, besonders der Nachgeschmack ist ein angenehmer, wärmender.** Dies ist bei sensitiven Patienten, bei Frauen und Kindern wesentlich. Ferner dienen die Gewürze dazu, das lästige „Bauchgrimmen" zu lindern, bei vielen Personen ganz zu verhindern.

Der Arzt hat die Dosierung vollständig in der Hand, je nachdem er das Mittel als Laxans oder als Stomachicum anwenden will.

AUCH OHNE ZUCKER

Das älteste in Deutschland eingeführte
DUNG'S CHINA-CALISAYA ELIXIR

AUCH MIT EISEN

in 1/4 u. 1/2 LITER-FLASCHEN

Man hüte sich vor Nachahmungen

in den APOTHEKEN zu haben.

Dung's China-Calisaya-Elixir
enthält in 15 grm. 0,5 grm. bester China-Calisaya-Rinde.

Dung's China-Calisaya-Elixir für Diabetiker,
wie oben, **ohne Zucker und Sacharin.**

Dung's China-Calisaya-Elixir **mit Eisen:**
in 15 grm. 0,5 Chinarinde 0,15 Citronensaures Eisen.

Diese Elixire zeichnen sich durch ihren Wohlgeschmack und ihren Gehalt an China-Alkaloiden aus und werden **von den Ärzten bestens empfohlen.**

Fabrikation von Dung's China-Calisaya-Elixir
Inhaber: **Albert C. Dung, Freiburg i. B.**

Digitized by Google

Frühjahr-, Sommer-, Herbst- und Winter-Saison.

Bevorzugte klimatische und Witterungs-Verhältnisse.

Grosse Waldungen.

Traubenkur
vom
1. Sept. ab.

WIESBADEN

nahe dem Rheine.

Berühmte
Kochsalz-Thermen
68,75° C.

Während des ganzen Jahres Bade- u. Trinkkuren aller Art, sowie alle Heilmittel der modernen Hygiene.

Gegen:

Rheumatismus, Gicht, Gelenkleiden, Lähmungen, Neuralgien, Ischias, Krankheiten der Atmungsorgane, Verdauungsstörungen, Magen- und Darmkatarrhe etc.

Berühmte Spezialärzte.

Reiches Unterhaltungs-Programm des Kurhauses, Konzerte, Réunions, Corso's, Gartenfeste, Rheinfahrten etc. etc. Reichdotiertes Königl. Theater, sowie Museen und Kunstausstellungen.

Illustrierte Prospekte unentgeltlich.

Städtische Kur-Verwaltung.

Digitized by Google

BILINER SAUERBRUNN!

Hervorragendster Repräsentant der alkal. Säuerlinge.

Altbewährte Heilquelle für Nieren-, Blasen- und Magenleiden, Gicht, Bronchialkatarrh, Hämorrhoiden, Diabetes etc.

Vortreffliches diät. Getränk.

Analyse von Prof. Dr. Gintl, Landes-Chemiker:
In 10.000 Gramm Wasser:

Schwefelsaures Kali	2,4194	gr
Schwefelsaures Natron	6,6679	„
Chlornatrium	3,9842	„
Kohlensaures Natron	33,1951	„
Kohlensaures Lithion	0,1964	„
Kohlensaures Calcium	3,6312	„
Kohlensaure Magnesia	1,7478	„
Kohlensaures Eisenoxydul	0,0282	„
Kohlensaures Manganoxydul	0,0012	„
Phosphorsaure Tonerde	0,0071	„
Kieselsäure	0,6226	„
Freie und halbgebundene Kohlensäure	38,7660	„
Freie Kohlensäure allein	16,4077	„
Summa aller Bestandteile	91,3192	gr
Summa der fixen Bestandteile	52,5532	gr
Konstante Dichte	1,00663 bei 14°	C.
Temperatur der Quelle	12,30°	C.

KURANSTALT SAUERBRUNN

mit allem Komfort ausgestattet.

Wannen-, Dampf-, elektr. Wasser- und Licht-Bäder, Kaltwasser-Heilanstalt, Massage,

vollständig eingerichtet.

Inhalatorium: Zerstäuben von Flüssigkeiten durch Luftdruck, (System Clar) in Zellen für je 1 Person, Salon für Lignosulfit-Inhalation. Pneumatische Kammern.

Brunnenarzt Med. Dr. Wilhelm von Reuss.

Biliner Verdauungszeltchen.

PASTILLES DE BILIN

vorzügliches Mittel bei Sodbrennen, Magenkatarrhen, Verdauungsstörungen überhaupt.

Depôts in allen Mineralwasserhandlungen, Apotheken und Droguenhandlungen.

Brunnen-Direktion in Bilin (Öster. Böhmen).

Digitized by Google

(Böhmen) KARLSBAD (Oesterreich)

Station der Buschtiehrader Eisenbahn und der k. k. öst. Staats-Eisenbahn; regelmässige Verbindung mit allen grösseren Städten des Kontinents, Schlaf-Waggons, Express- u. Luxuszüge (Orient-Express Paris-Konstantinopel, Ostende-Express, Paris-Karlsbad), Berlin-Karlsbad, Wien-Karlsbad.

KARLSBAD, in einer romantischen Talschlucht gelegen und umgeben von ausgedehnten prächtigen Waldungen, ist der erste Repräsentant der alkalisch-salinischen Mineralbäder, Mittlere Jahres-Temperatur 7·6° C, mittlere Saison-Temperatur 14° C — **16 Mineralquellen,** schwankend zwischen 36·6° C bis 73·18° C; die am häufigsten gebrauchten sind der Sprudel und der Mühlbrunn.

Grosse Bade-Anstalten:
Das neue Kaiserbad
ist das bedeutendste am Kontinent.

1903:
54,692 Kurgäste
über 137,000 Passanten und Touristen.

Indikationen für den Gebrauch der Karlsbader Thermen: Krankheiten des Magens, des Darms, Haemorrhoiden, der Milz, der Leber, der Harnorgane, der Prostata, Gicht, Fettleibigkeit, Unterleibsplethora, Gallensteine und mit grossem Erfolge gegen Zuckerharnruhr.

4 grosse Bade-Anstalten

mit allem modernen Komfort eingerichtet, unter der Kontrolle des Stadtrates stehend; Mineral-, Moor-, Süsswasser- und Dampfbäder, Einzeln-Dampfbäder, Dampfkastenbäder, elektrische Licht- und Wasserbäder, Kaltwasser-Heilanstalt, Massage, schwedische Heilgymnastik (System Zander), Eisenbäder und Kohlensäure-Bäder, Flussbäder in der Schwimmschule im Egerflusse.

Zahlreiche Hotels I. Ranges,
über 1100 Logierhäuser und Villen,
eingerichtet nach allen Anforderungen der Neuzeit.

Beleuchtung mit elektrischem und Auerlicht, getrennte Trink- und Nutzwasserleitungen. Beinahe ausschliesslich Asphalt- u. Holzstöckelpflaster, neuhergestellte Kanalisation.

Theater, Vokal- und Instrumental-Konzerte,
Militär-Musik, Tanz-Reunionen, Pferde-Rennen,
Lawn-Tennis-Spielplätze, Schiess-Stätte, Golfspielplatz.

Winterkur: Quellen und Bäder ganzjährig geöffnet, für Wohnungen, Konzerte etc. bestens gesorgt.

Grosses Netz von prachtvollen Promenaden in den Karlsbad umgebenden Bergen und Wäldern (über 110 Km.) mit herrlichen Aussichtspunkten.

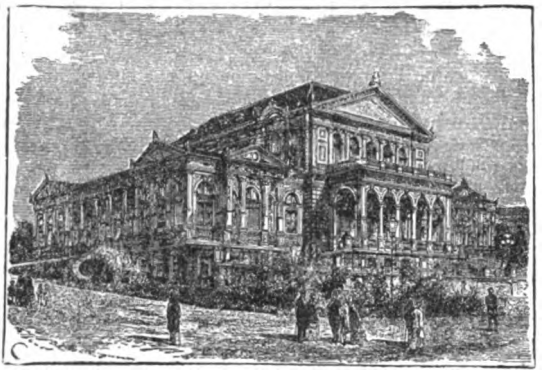
Auskünfte erteilt und **Broschüren** versendet

Der Stadtrat.

Digitized by Google

Stahlbad Langenschwalbach

Eisenbahn-Station der Linie Wiesbaden-Diez,



stärkste reine Eisenquelle, Trink- u. Badekur, Stahl- und Eisen-Moorbäder.

Ausserordentlich empfohlen gegen **Nervenleiden, Blutarmut** u. i. Folgen, **Frauenkrankheiten, Schwächezust., Katarrhe der Genit., Lähmungen** etc.

Durch Höhenlage, 318 m ü. M., grosse Parkanlagen, waldreiche Umgebungen auch für **Rekonvaleszenz und Luftkur** geeignet.

Hôtels I. Ranges sind alph. geord.: **Alleesaal, Herz. v. Nassau, Metropole, Quellenhof, Taunus, Victoria.**

——— **Prospekte** durch die Bürgermeisterei **gratis.** ———

Baden-Baden.

Kochsalzthermen mit hervorragendem Gehalt an Lithium und Arsenik 44—69° C.

Neue Grossherzogliche Badeanstalten

Friedrichsbad und Kaiserin Augustabad

während des ganzen Jahres geöffnet.

Musteranstalten von grösster Vollkommenheit und Eleganz, Thermalbäder, Mineral- und Medizin. Bäder jeder Art. Fango-Behandlung, Kohlensaure Bäder, Elektrische Lichtbäder, Abteilung für Kaltwasserbehandlung. Anstalten für mechanische Heilgymnastik (Dr. Zander) in beiden Bädern. Neues Inhalatorium bester Systeme. — Tallerman'sche Behandlung. Trinkkuren in der Trinkhalle (Hauptstollenquelle), ärztlich empfohlen gegen Gicht in allen Formen, Gries- und Steinbeschwerden, Nieren- und Blasenleiden und gegen chron. Katarrhe der Atmungs- und Verdauungsorgane. Mineralwasser und Quellsalze aller bedeutenden Heilquellen. Grossh. Badearzt. Privatanstalten für Thermalbäder. Privatheilanstalten jeder Art; Terrainkuren. Molkenanstalt. Milchkur. Versand des an Lithium reichsten Wassers der Hauptstollenquelle durch die Trinkhalleverwaltung. — Konversationshaus. Ausgezeichnetes Kurorchester. Vergnügungen. Spiele und Kunstgenüsse jeder Art. Sommer- und Wintersaison. Vorzügliches Klima. — Weltberühmte Lage. Mittlere Jahrestemperatur + 8,97° C.

Digitized by Google

Franzensbad.

Das erste Moorbad der Welt, besitzt die stärksten Eisenquellen, reine alkalische Glaubersalzwässer und Lithionsäuerlinge, die kohlensäurereichsten Stahlbäder, Mineralwasserbäder, Kohlensäure-Gasbäder, die heilkräftigsten Eisenmineralmoorbäder.

Vier grosse elegant und komfortabel ausgestattete und mit allen modernen Einrichtungen (Elektrische Bäder, permanente Irrigation, Römisch-irische Dampfbäder, Massage etc. etc.) versehene Badeanstalten. Inhalatorium, Medico.-mech. Institut.

Saison vom 1. Mai bis 30. September. — Ausführliche Prospekte gratis.

Jede Auskunft erteilt

Das Bürgermeisteramt
als Kurverwaltung.

MARIENBAD „**die Perle Böhmens**“, 628 Meter über dem Meere, subalpines Klima, mit prachtvollen Promenadewegen durch Gebirgs-Hochwald in einer Ausdehnung von 60 Kilometer. Mit den **stärksten** bekannten **Glaubersalzwässern**, energischem **Gichtwasser, kräftigem Eisenwasser, dem eisenreichsten Mineralmoor. (Eigene Moorlager.)** (Jährlich 75000 Moorbäder.) Wirksam gegen Krankheiten des Herzens, des Darmes (Blinddarmentzündung, Verstopfung), der Leber, **Stauung im Pfortadersystem** (Hämorrhoiden), Congestionen, Nieren-, Blasenleiden, Frauenkrankheiten. Allgemeine Erkrankungen: **Fettleibigkeit, Gicht, harnsaure Diathese, Rheumatismus, Zuckerkrankheit, Blutarmut** etc. Das **Centralbad** und **Neubad** neuerbaut, zweckmässigst und mit grösstem Comfort ausgestattet, mit **natürlichen Kohlensäure-, Moor-, Stahl-, Dampf-**, Gas- und Heissluftbädern, Kaltwasser-Abtheilung, Massage, elektrische Lichtbäder, Zanderanstalt.

Neu errichtetes **hygienisches** und **balneologisches Institut** für chemische, physikalisch-chemische, quellentechnische, mikroskopische und bakteriologische Quellen- und Bäderbeobachtung, **Wasser-** und **Lebensmittelkontrolle**, physiologische und pathologische Untersuchungen mit modernst ausgestatteten Laboratorien und ärztlichem Lesezimmer. Prachtvolle Colonnade, Salz-Sudwerk, elektrische Stadtbeleuchtung und Strassenbahn, Hochquellen-Wasserleitung, Theater, Tombola, Tanz-Reunionen, Jagd, Fischerei, Reit- und Radfahr-Club. Gedeckte und offene Reitbahn, Pensionsstallungen, Jugend-Spielplätze. Lawn-Tennis. Interurb. Telephon.

Saison 1. Mai bis 30. September. Frequenz 24,000 (excl. Passanten). — Prospekte gratis vom Bürgermeisteramt.

VERLAG VON J. F. BERGMANN, WIESBADEN.

365 Speisezettel
für
Zuckerkranke und Fettleibige.
Mit 20 Rezepten über Zubereitung von Aleuronatbrot und Mehlspeisen.

Dritte ergänzte und durchgesehene Auflage
von **F. von Winckler.**

Preis eleg. kartoniert Mk. 2.—.

Digitized by Google

Bad Lippspringe

Eisenbahn-Stat.: Paderborn. — Route: Berlin-Aachen.

Arminius-Quelle. Stickstoffreiche Kalktherme.

Erfolgreiches Heilmittel gegen

Lungenphthise im ersten Stadium

Asthma u. **Katarrhe** der Respirationsorgane.

Geöffnet das ganze Jahr hindurch.

Offizielle Saison: Mai bis September.

Pensions-Hotel: Kurhaus.

Wasserleitung. Elektrisches Licht. Liegehalle.

Prospekte pp. durch die

Brunnen-Administration.

Soolbad und Inhalatorium

SALZUNGEN

(Thüringen).

Grosser Soolereichtum von 5 und 27 % Salzgehalt, stark brom- und jodhaltige Mutterlauge.

Grosses, modern ausgestattetes Inhalatorium

nach Wassmuth, Heyer etc. für Gesellschafts- und Einzelinhalationen, zur Zerstäubung von Soole und medicament. Stoffen. Pneumatische Apparate. Sauerstoff- und Lignosulfitinhalationen.

Gradierhäuser

zu Kurzwecken mit eigenartigen Einrichtungen versehen, wie in keinem anderen Bade.

Badeanstalt mit allem modernen Komfort versehen.

Soolbäder, Moorbäder, Dampfbäder, Brausebäder und kohlensäurehaltige Soolbäder.

Trinkkur. — Massage. — Elektrotherapie.

Ausgezeichnete Heilerfolge bei Skrophulose, Rhachitis, Blutarmut, Frauenkrankheiten, Katarrhen der Luftröhre, des Kehlkopfes und der Nase, Mittelohrkatarrhe usw.

Günstige Gesundheitsverhältnisse, Kanalisation, Hochquellwasserleitung etc. Gute und gesunde Wohnungen, zahlreiche gut geleitete Hôtels und Logierhäuser, besonders zu empfehlen das Kurhaus mit seinen Villen. Angenehmer Aufenthalt. Grosser Kurpark, herrliche Promenaden und Waldungen. Täglich 2 mal Konzerte des Kurorchesters, Tanzunterhaltungen, Theater und Zerstreuungen aller Art. Mässige Preise.

Saison 1. Mai bis 30. September.

Ausführliche Prospekte durch die

Badedirektion.

Digitized by Google

Kessenich
bei Bonn.

Dr. Peters'sche
Kur-Anstalt.

Besitzer u. dirig. Arzt:
Dr. Jos. Kraus.

Telephon: Bonn 625.

Privat-Heil- u. Pflege-Anstalt
für
Gemüts- und Nervenkranke
beiderlei Geschlechts.

Schöne freie Lage in grossem, alten Parke, mit unmittelbar angrenzenden Waldungen.
Komfortable Einrichtungen.
Geringe Patientenzahl (20).
Individuelle Behandlung.
Geschlossene und offene Abteilung.
— Familiäres Leben. —
Preis 210—250 Mk. monatlich.
Prospekt kostenfrei.

Digitized by Google

Schömberg (Oberamt Neuenbürg)

Würtemberg. Schwarzwald * bei Wildbad.

Neue Heilanstalt für Lungenkranke

etwa 10 Minuten abseits des Dorfes, **unmittelbar am Walde gelegen.**
65 Zimmer, nur für **Patienten besserer Stände.**
Zentraldampfheizung, Gasbeleuchtung, **Liegehallen, Bäder** etc.
Individualis. Behandlung nach **Brehmer-Dettweiler'**schen Grundsätzen.
Sommer- und Winterkur (im Winter stärkste Besonnung).
(Täglich 7—10 Mk. alles inbegriffen je nach Wahl des Zimmers).

Prospekte franko.

Anfragen an **Dr. Schröder, „Neue Heilanstalt".**
Telegramm-Adresse: Dr. Schröder, Schömberg-Neuenbürg.

3 Aerzte.

Leitender Arzt: **Dr. G. Schröder,** fr. Assistent an der **Brehmer'**schen Anstalt **Görbersdorf** und mehrjähr. II. Arzt im **Sanatorium** Hohenhonnef a. Rh., II. Arzt: **Dr. W. Nägelsbach,** fr. Hohenhonnef a. Rh.

Töchter-Pensionat Bonn a. Rhein

von Frau verw. Verlagsbuchhändler **R. Lindner.**

Anleitung im Haushalt, Vervollkommnung in Sprachen, Musik,
Hand- und kunstgewerblichen Arbeiten.

Schöne Spaziergänge, Ausflüge ins Siebengebirge.

Prospekte wolle man gefl. von der Vorsteherin erbitten.

Referenzen: Frau General **von Veith,** Bonn a. Rhein, Arndtstr.
Frau Oberstabsarzt **Dr. Hagen,** Oldenburg i. Gr., Äusserer Damm.
Herr Oberpfarrer **Mennicken,** Bonn a. Rh.
Frau Professor **Dr. Schmaus,** München, Lindwurmstr. 17.
Fräulein **Bettina van Endert,** Köln a. Rh., Vorsteherin der Gewerbeschule Salierring.

Digitized by Google

Kaiser Friedrich-Quelle
Offenbach a. M.

Kaiser Friedrich-Quelle ist der hervorragendste Repräsentant der Natron-Lithion-Quellen.

Kaiser Friedrich-Quelle ist nach der neuesten Analyse von Dr. Popp, Frankfurt a. M., in seiner Zusammensetzung konstant.

Kaiser Friedrich-Quelle ist fast frei von Kalk und Eisen.

Kaiser Friedrich-Quelle wird daher vom schwächsten Magen leicht vertragen.

Kaiser Friedrich-Quelle kann ohne Schaden über Jahre hinaus getrunken werden.

Kaiser Friedrich-Quelle bietet gegen Harnleiden sicheren Erfolg **ohne schädliche Nebenwirkung.**

Kaiser Friedrich-Quelle ist nach dem Ausspruch eines bekannten Bade-Arztes „ein fast **souveränes** Mittel gegen **Gicht** und **Nierensteine**".

Kaiser Friedrich-Quelle wird nach Wunsch in reiner Quellenfüllung oder mit Kohlensäure-Zusatz geliefert.

Kaiser Friedrich-Quelle **steht den Herren Ärzten mit Literatur und Proben auf Wunsch gerne zur Verfügung.**

Digitized by Google

Fabrik pharmaceutisch-chemischer Produkte
G. Hell & Comp., Troppau und Wien.

In allen Apotheken vorrätig:

Acetopyrin

Ein neues Antipyreticum und Antineuralgicum gegen Migräne, Neuralgien und Erkältungen, Specificum gegen Influenza, Gelenkrheumatismus und Gicht.
Dosierung: Täglich 6 Pulver à 0,5 bis 1 g, am besten in Oblaten.
In in- und ausländischen medizinischen Fachblättern in zahlreichen wissenschaftlichen Originalarbeiten besprochen.

Bonthin

Ein neues vorzügliches Darmadstringens gegen allen Formen von Diarrhöen.
Dosierung: Säuglinge 0,3—0,5 g, Kinder 0,5—1 g, Erwachsene 1—2 g täglich 5 bis 6 Mal.
In in- und ausländischen medizinischen Fachblättern in zahlreichen wissenschaftlichen Originalarbeiten besprochen.

Syrupus Colae comp. „Hell".

Ein neues Kolapräparat zur Behandlung funktioneller Nervenerkrankungen. Infolge der vorzüglichen Wirkung hat sich dieses gegen Neurasthenie und Erschöpfung bewährte Kolapräparat rasch eingeführt.
Dasselbe ist in in- und ausländischen medizinischen Fachblättern in zahlreichen wissenschaftlichen Originalarbeiten hervorragend günstig besprochen. Ausserdem liegen hunderte anerkennender ärzlicher Gutachten vor.

Pilulae Colae comp. Hell

ohne Kohlehydrate bereitet, dienen als Ersatz des Syrupus Colae für Diabetiker.
Eine Pille enthält die wirksamen Bestandteile eines Kaffeelöffels Syrupus Colae.

Syrupus Guajacoli compos. Hell.

Synonym: Aphthisin in Syrupform.

Capsulae Guajacoli compos. Hell.

Synonym: Aphthisin in Kapseln.
Die neue Bezeichnung wurde in Rücksicht auf die Kranken gewählt und wird gebeten, das Präparat mit dem neuen Namen zu ordinieren.
In in- und ausländischen medizinischen Fachblättern in zahlreichen wissenschaftlichen Originalarbeiten besprochen.

Petrosulfol

einziger anerkannter und billiger Ersatz für Ichthyol.

Petrosapol

bester und billiger Ersatz für Naftalan.

Tannochrom. solutum.
Tannochrom. siccum.

Tannochrom ist resorcinhaltiges, gerbsaures Chromoxyd und hat sich nach Dr. Frieser (siehe „Aerztl. Centralzeitung" Nr. 6 u. 7 v. J. 1902) bestens bewährt in der Wund- und Geschwürbehandlung. — Rezeptformeln stehen zu Diensten.

NB. — Literatur und Proben zu Versuchszwecken stehen den Herren Aerzten auf Verlangen zu Diensten.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google